



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

**Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, Percepção do
Stress Profissional e Estratégias de *Coping* nos Cuidadores
Formais dos Idosos Institucionalizados**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Carolina del Rio Furtado de Areia de Basto



FACULDADE DE FILOSOFIA
JULHO 2014



Universidade Católica Portuguesa **Centro Regional de Braga**

Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, Percepção do *Stress* Profissional e Estratégias de *Coping* nos Cuidadores Formais dos Idosos Institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Carolina del Rio Furtado de Areia Basto

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
JULHO 2014

Agradecimentos

Dedico este espaço àqueles que, de forma direta e/ou indireta, deram a sua contribuição para que esta investigação fosse possível. A todos deixo aqui o meu profundo agradecimento.

Primeiro, gostaria de agradecer à minha orientadora, Doutora Eleonora Costa, pelo seu rigor e competência científica, pela disponibilidade, assim como pela sua orientação através correções e sugestões relevantes que levaram à concretização deste trabalho.

Um agradecimento especial à minha orientadora de estágio Dra Sónia Basto, e directora técnica Dra Isabel Mesquita, pela disponibilidade em apoiar o meu projecto, facilitando o processo da recolha de dados na Santa Casa de Misericórdia de Braga. Assim como a Dra Catarina Sá, no que toca à Santa casa da Misericórdia de Esposende, e Irmã Benedita do Asilo de S. José.

Gostaria de agradecer, de igual forma, às Instituições que me acolheram, nomeadamente o lar D. Diogo de Sousa, da Santa Casa da Misericórdia de Braga, o Asilo de S. José, e a Santa Casa da Misericórdia de Esposende.

A todas as colaboradoras que participaram neste estudo, o meu sincero agradecimento. Sem a vossa participação e disponibilidade, este estudo não teria sido uma realidade. Outro aspeto relevante foi, por demonstrarem o vosso testemunho de dedicação e trabalho aos idosos, mesmo atravessando grandes situações de stress.

Depois de um longo percurso, tenho que agradecer também a Deus, por me ter ajudado, nesta dura caminhada, através de todos os meus companheiros da CVX, de todos os meus amigos do CAB.

Também não posso deixar de agradecer, aos meus companheiros de percurso, principalmente aos meus queridos amigos, Vânia Silva, Dulce Pinto, Sandra Fernandes e João Pedro Silva pelo grande apoio.

Também queria agradecer muito a todos os meus amigos e família, especialmente à minha mãe por me ter dado muito apoio nesta fase, assim como, de uma forma muito especial, às minhas grandes amigas, que me apoiaram incondicionalmente, tanto nos bons momentos, como nos mais complicados, este ano, que é a Sónia Costa, Guida Fernandes e Sara Ferreira. E em especial ao Diogo Soares, por todo o apoio, e conhecimentos partilhados. Joana e Francisca, quero agradecer muito o vosso apoio, que foi muito importante.

E por último, todas as funcionárias da aldeia de S. José de Alcalar, Portimão, pelo vosso testemunho de trabalho e dedicação aos idosos, que se tornou no motivo no qual decidi escolher esta investigação

Resumo

Na contemporaneidade, verifica-se ser de extrema importância, ao nível laboral, o uso de estratégias de *coping* adaptativas que permitam a regulação do *stress* e que promovam a melhoria da qualidade de vida dos profissionais da área de saúde. O objetivo da presente investigação é averiguar a relação entre as estratégias de *coping*, a percepção do stress profissional e a qualidade de vida das cuidadoras formais que trabalham com idosos institucionalizados. Dentro do método quantitativo, este estudo é correlacional descritivo e transversal. A amostra foi constituída por 42 participantes, do sexo feminino, com a idade média de 43,98 ($dp=10.10$). A recolha de dados foi realizada através dos seguintes instrumentos de auto-relato: o *Inventário de Fatores de Stress*, o *Ways of Coping Questionnaire* e o *WHO Quality of Life*. Os resultados indicaram que as cuidadoras formais apresentavam reduzida percepção acerca do *stress* profissional, usavam principalmente estratégias diretas, invés das de supressão e possuíam elevada qualidade de vida - física, psicológica, social e ambiental. De igual modo, verificou-se relação estatisticamente significativa entre o uso de estratégias diretas e a qualidade de vida física e psicológica das participante, bem como entre as estratégias usadas na gestão do *stress* profissional e a qualidade de vida ambiental. Pode-se concluir através deste estudo que o tipo de estratégias usadas pelas cuidadoras formais que trabalham com idosos institucionalizados na regulação do *stress* são importantes para que estas alcancem maior qualidade de vida.

Palavras-chave: percepção de *stress*; estratégias de *coping*; qualidade de vida; cuidadores formais de idosos

Abstract

The study of coping strategies and the influence of the same level of work-related stress and quality of life of healthcare professionals increasingly deserves our attention, since these professionals are exposed to more pressure, *stress* and nowadays witnessing an increase in the number of cases of *burnout* in these professionals. In this sense, this research aims to understand how *coping* strategies are associated with the perception of work-related *stress* and quality of life of formal caregivers of institutionalized elderly. For this, we outlined a quantitative research, correlational and between subjects. The sample was represented by 42 participants with average of 43,98, and (dp 10,10).. The instruments used for data collection were the factors Stress Inventory, the Ways of Coping Questionnaire and the WHO Quality of Life. The results show that health professionals have a low perception of occupational *stress*, more direct strategies than suppression and a high quality of life in all domains (physical, psychological, social and environmental relations). In addition, significant positive associations of moderate intensity were found between direct strategies and the physical and psychological domains and between the use of strategies to cope with work*stress* and environmental field. At least, through this study we can realize which *coping* strategies that help these professionals to have a better quality of life, and in this case, as future psychologists our mission is to teach other professionals how to deal with *stress*.

Keywords: perceptions of stress, coping strategies, quality of life; formal caregivers

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 1 |
| Parte I – Enquadramento Teórico | 3 |
| 1º Capítulo - Os Cuidadores Formais dos Idosos Institucionalizados | 3 |
| 1. O Envelhecimento | 3 |
| 2. Impacto da Instituição | 4 |
| 2.1. Pertinência das Instituições | 4 |
| 2.2. A Institucionalização | 4 |
| 3. Pertinência dos cuidadores formais | 6 |
| 2º Capítulo- Qualidade de Vida, Perceção do <i>Stress</i> Profissional, Estratégias de <i>Coping</i> no Cuidadores Formais | 7 |
| 4. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde | 7 |
| 5. Perceção do <i>Stress</i> Profissional nas instituições geriátricas | 8 |
| 5.1. <i>Stress</i> | 8 |
| 5.2. O <i>Stress</i> Profissional | 9 |
| 5.2.1. Stressores intrínsecos ao trabalho | 11 |
| 5.2.2. <i>Stressores</i> Extrínsecos ao trabalho | 12 |
| 5.2.3. Consequências Físicas, Psicológicas e Sociais | 13 |
| 6. Estratégias de <i>coping</i> os cuidadores formais | 14 |
| 6.1. As características individuais - Uma estratégia de <i>Coping</i> | 15 |
| 6.2. O suporte Social- Como mediador do <i>Stress</i> | 18 |
| Parte II - Estudo empírico | 21 |
| 1. Metodologia | 21 |
| 1.2. Objetivos | 21 |
| 1.4. Variáveis em Estudo | 22 |
| 1.5. Procedimentos recolha de dados | 23 |
| 1.6. Amostra | 23 |
| 1.6.1. Caracterização sociodemográfica da amostra | 24 |
| 1.7. Instrumentos Utilizados | 25 |
| 1.7.1. Inventário de Fontes de <i>Stress</i> e Recursos de <i>Coping</i> Percebidos (IFS/RC) | 25 |
| 1.7.1.1. Características Psicométricas do IFS/RC | 26 |
| 1.7.2. <i>Ways of Coping Questionnaire</i> (WCQ) | 28 |
| 1.7.2.1. Características Psicométricas do WCQ | 29 |

| | | |
|----------|---|----|
| 1.7.3. | <i>WHO Quality of Life – Bref (WHOQOL - Bref)</i> | 32 |
| 1.7.3.1. | Características Psicométricas do WHOQOL - Bref | 33 |
| 1.8. | Procedimentos Estatísticos | 35 |
| 2. | Apresentação dos Resultados | 35 |
| 2.1. | Resultados descritivos na amostra em estudo | 36 |
| 2.1.1. | <i>Stress</i> laboral e estratégias de enfrentamento | 36 |
| 2.1.2. | Estratégias de <i>coping</i> | 36 |
| 2.1.3. | Qualidade de vida | 37 |
| 2.2. | Resultados das hipóteses em estudo | 38 |
| 2.2.1. | Hipótese 1 | 38 |
| 2.2.2. | Hipótese 2 | 39 |
| 2.2.3. | Hipótese 3 | 39 |
| 2.2.4. | Hipótese 4 | 40 |
| 3. | Discussão dos Resultados | 40 |
| 3.1. | Resultados descritivos | 40 |
| 3.2. | Hipótese em estudo | 42 |
| 4. | Conclusão, limitações do estudo e implicações futuras | 43 |
| 5. | Referências Bibliográficas: | 45 |
| Anexos | | |

Índice de Anexos

| | |
|--|----|
| Anexo 1- Consentimento Informado | 56 |
| Anexo 2- Questionário Sócio Demográfico | 57 |
| Anexo 3- Lista de Fontes de Stress e Recursos de <i>Coping</i> | 59 |
| Anexo 4- Ways of coping Questionnaire | 62 |
| Anexo 5- Questionário da Qualidade de Vida..... | 66 |

Introdução

Na contemporaneidade o envelhecimento evidencia-se no ocidente como tema cada vez mais pertinente, devido à evolução sociodemográfica que tem ocorrido e na qual se verifica uma diminuição dos índices de natalidade, o aumento da esperança média de vida e portanto uma maior incidência da população idosa. Defende-se, que tal fenómeno deve-se a uma multidisciplinaridade – biológico, psicológico, social, sociocultural e ambiental (Paul, 2005). Esta situação atual teve com consequência as repercussões sociais, tais como a necessidade de alterar o contexto do idoso, que já não fica no lar ao cuidado dos filhos, suscitando novas respostas tais como o aparecimento das instituições e centros de dias. Assim sendo, a criação de centros de apoio vem colmatar as dificuldades e carências das famílias através de serviços permanentes e especializados (Sequeira, 2010).

Neste sentido, surge nessas instituições o cuidador Formal, que compõem um grupo profissional, especializado, formado e remunerado, que presta assistência, inclusive emocional, aos idosos institucionalizados (Torrão, 2010). Tal profissão levanta alguns desafios causados pela exigência dos seus serviços, que podem ser stressantes a nível emocional e físico (Ekwall, Sivberg & Hallberg, 2006). Deste modo estes profissionais obrigam a um perfil de grande estabilidade emocional e capacidade de gerar empatia com os utentes, para além de acompanharem situações de extrema dependência devem, equitativamente, compreender as várias fases de envelhecimento da pessoa. Nomeadamente, quando estas evoluem para um maior deterioração, podendo originar frustrações, ou expô-los à pressão da instituição ou dos familiares do idoso (Torrão, 2010). A literatura indica que tal poderá predispor o cuidador a sentir fadiga, depressão ou tender ao isolamento, apresenta uma maior vulnerabilidade, podendo ter consequências na sua saúde e na sua qualidade de vida (Adams, Boscarino & Figley, 2006).

Devido ao carater subjetivo de cada indivíduo as reacções a tal contexto e situações a ele inerente variam devido por exemplo ao suporte social (Figueiredo & Sousa, 2008). Para Delongis e Holtzman (2005), este aspeto surge como estratégia de *coping*, multidimensional que ajuda o cuidador a alterar, reavaliar e evitar circunstâncias de *stress* assim aliviar os efeitos adversos inerente ao seu ofício. Folkman e Lazarus, (1988) indicam alguns processos cognitivos, tais como, a negação, intelectualização, a resolução de problemas, entre outros que podem auxiliar o

trabalhador a adaptar-se ao meio ambiente adverso e stressante. Porém, apesar da pertinência deste tema, os estudos sobre os cuidadores formais na comunidade científica são escassos (Colomé, *et al.*, 2011).

Por esse motivo, propomos estudar a percepção do *stress* profissional numa amostra formada por cuidadores formais, do sexo feminino (colaboradoras, enfermeiras, animadoras socioculturais, assistente social, psicólogas) de três instituições de idosos, como as Santas Casas da Misericórdia de Braga e Esposende, assim como uma IPSS de Braga. A nível conceptual, este trabalho pretende analisar a relação entre a percepção do Stress Profissional, a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, e as estratégias de *coping*.

Ao nível estrutural, este estudo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira apresentamos o enquadramento teórico que consiste numa revisão da literatura científica, que aborda os modelos teóricos e conceptuais da qualidade de vida relacionada com a saúde, que poderá ser afetada por vários aspetos do *Stress* Profissional, assim como a pertinência das várias Estratégias de *Coping*, incluindo o suporte social, como intervenientes nesta relação. Na segunda parte, referente à investigação empírica, descreveremos a investigação realizada, sendo apresentados e discutidos os resultados encontrados. O estudo termina com a apresentação das conclusões retiradas, bem como das limitações do mesmo.

Parte I – Enquadramento Teórico

1º Capítulo - Os Cuidadores Formais dos Idosos Institucionalizados

1. O Envelhecimento

O envelhecimento por abarcar uma grande diversidade de áreas subjetivas e múltiplos conceitos, relacionados com o desenvolvimento humano, é um tema complexo, mesmo ao nível científico (Birren & Schroots, 2001).

Um dos aspetos, relativos ao envelhecimento é defendido como um processo de mudança no organismo, que através do tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de auto regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais. No envelhecimento estão subjacentes dois tipos sendo eles o primário, isto é a Senescência, que está relacionado com a longevidade máxima e o secundário, isto é a senilidade, que está relacionado com a variabilidade dos indivíduos, a sua vulnerabilidade. (Spar & La Rue, 2005).

Tal como verificamos anteriormente, o conceito do envelhecimento consiste num aspeto multidimensional, havendo vários estudos sobre este tema, sendo um deles, a Psicologia, através da perceção do envelhecimento como um processo que constitui uma experiência integrante no ciclo de vida (Paúl & Fonseca, 2005). A segunda abordagem, está relacionada com a saúde, visto que o aumento da esperança de vida corresponde a um maior risco de ter uma doença e da necessidade de recursos aos serviços de saúde (Sequeira, 2010).

O envelhecimento, como foi referido anteriormente, é um dos temas mais comentados na sociedade actual, graças à evolução sociodemográfica que o mundo ocidental tem assistido, como o declínio de nascimentos, aumento de esperança de vida e aumento da emigração (Moody, 1998). Atualmente, segundo Instituto Nacional de Estatística (2011) existe uma tendência crescente do número de pessoas com mais sessenta e cinco anos (19,1% da população), ultrapassando a população mais jovem (15%). Consequentemente existe um maior aumento do envelhecimento humano, podendo residir 271 idosos por cada 100 jovens em 2060. (INE, 2011). Deste modo, surge a pertinência de um maior número de estudos sobre idosos, assim como perceber as suas principais características.

2. Impacto da Instituição

2.1.Pertinência das Instituições

Como referimos anteriormente, o envelhecimento associa-se a múltiplas mudanças nomeadamente a doença ou o declínio cognitivo. Algumas são graduais, como as artroses e outras são de carácter repentino, como certas patologias que conduzem à morte. Deste modo, podemos referir que a doença em geral poderá ter repercussões na vida quotidiana, incluindo uma maior dependência, para além de levar a uma alteração do papel social e familiar e de promover uma estigmatização no idoso. (Leventhal, Rabin, Leventhal & Burns, 2001).

Neste sentido o cuidador tem que ter em conta o risco que cuidar de um idoso dependente e com demência, poderá trazer uma grande sobrecarga e um grande nível de *Stress* (Zarit, 2005) e, inclusive, a uma morbilidade psicológica, uma menor qualidade de vida e baixa auto-estima (Zarit, Johanson & Jarrott, 1998; Leventhal, Rabin, Leventhal & Burns, 2001). Deste modo se explica uma das razões para a institucionalização de um idoso (Zarit, 2005), para além de existirem outros fatores que poderão contribuir igualmente para a entrada de um idoso numa instituição, nomeadamente o papel do ambiente, as condições socioculturais e socioeconómicas (Wahl, 2001) e as alterações da estrutura familiar, particularmente o modelo da família nuclear e urbano (Colomé, *et al.*, 2011).

Dito isto, é necessário criar ações sociais que permitam melhorar este mesmo processo (Martin & Brandão, 2012), mais concretamente na prestação de cuidados tendo em conta os modelos assistenciais que satisfazem as exigências junto desta população etária, como é o caso dos centros de dia e das instituições. Deste modo, debruçemo-nos sobre a institucionalização que, sem dúvida, é bastante relevante para o presente estudo (Sequeira, 2010).

2.2.A Institucionalização

Segundo Martín e Brandão (2012), estas instituições têm aumentado exponencialmente, verificando que em 2010 o Serviço de Apoio Domiciliário apresentou a maior taxa de crescimento com (33,25 %), sendo representados pelo centro de dia com um aumento de (3,96%) e pelo Lar e Residência para idosos com (4,33%).

Por outro lado o Instituto Nacional de Estatística, (2011), acrescenta que 82,1% são do sexo feminino, e 66,9% do sexo masculino.

Deste modo o principal objetivo destas instituições consiste na medida em que possam providenciar segurança, proteção e carinho, ajudando os idosos nas suas atividades de vida diária, para além de contribuírem para a estabilização ou retardamento do processo do envelhecimento (Lomranz & Bar-Tur, 1998; MTSS, 2001).

Contudo, a institucionalização poderá causar perigo e reduzir a qualidade de vida no idoso (Lomranz & Bar-Tur, 1998; Moral, Ruiz, Rodriguez & Galan, 2013). Sendo que estes aspetos poderão abarcar as alterações cognitivas, as demências, os sintomas depressivos, os problemas psiquiátricos, a incapacidade para tomar medicação e a menor capacidade para tomar decisões; para além dos problemas físicos como a incapacidade física, as limitações de mobilidade, a menor participação nas atividades de vida diárias, a menor capacidade funcional física, o maior número de doenças e lesões, as doenças crónicas e a incontinência; e, por último, as condições socioeconómicas e afetivas, como o aumento da idade, a solidão, a ausência de laços familiares e de apoio social, a viuvez, os baixos rendimentos e uma predominância do sexo feminino (Gonçalves, 2012). Associados a estes aspetos, Moody (1998) acrescenta que a imagem que passa destas instituições é negativa, criando o estereótipo de que as pessoas são tratadas como imaturas, e num clima impessoal.

No entanto, estas instituições apresentam aspetos bastante positivos, como a realização de tarefas diárias, maiores facilidades de serviços médicos, serviço diário e permanente (Moody, 2010), assim como, apresentando como objetivo primordial uma maior exigência, tanto da qualidade, como da formação, a fim de promover uma maior humanização no cuidado ao utente (Gomez, 2010).

Na mesma linha Wahls (2001) refere igualmente a existência de algumas mudanças na perspetiva destas instituições, tendo como principais objetivos a promoção da afetividade pelo local, realização de atividades diárias primordiais, a fomentação de um bom suporte social, com o objetivo de compensar as falhas e as perdas a que estão sujeitos para assim favorecer o seu bem-estar. Deste modo, o principal objetivo destas instituições consiste em adotar a existência de vários serviços que poderão melhorar a qualidade de vida dos seus utentes, apresentando, assim um cariz terapêutico, para além de promover atividades estimulantes (Wahls, 2001; Vaz, 2009).

Neste sentido, podemos afirmar que as instituições referidas necessitam de trabalhadores, com formação especializada, cuja função seja cuidar do idoso nas suas atividades diárias, alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde (Colomé, *et al.*, 2011), para além de ser necessário que haja um forte equilíbrio tanto a nível físico como emocional, a fim de minimizar o *stress* da institucionalização do idoso (Torrão, 2010).

3. Pertinência dos cuidadores formais

O aumento da longevidade demográfica na sociedade atual coloca novos desafios como a pertinência da saúde e a prestação de cuidados, nomeadamente por serem recursos adaptativos e essenciais para um envelhecimento bem-sucedido, assim como da longevidade que por si só, acarreta o aumento do risco da doença e uma menor capacidade para a satisfação das necessidades humanas básicas, aumentando assim a dependência física, cognitiva e emocional. Deste modo, torna-se necessário um maior número de cuidados formais e informais (Sequeira, 2010).

O cuidador formal faz parte de um grupo profissional, especializado, formado e remunerado, cuja sua maior valia é apresentar um maior conhecimento das necessidades dos idosos, para além de saber lidar com as doenças, perceber os seus sintomas cognitivos ou problemas sociais. Terá, igualmente de apresentar uma maior competência para trabalhar em equipa multidisciplinar, a fim de realizar as atividades diárias básicas como a alimentação e higiene, mantendo o bem-estar de modo a garantir e proporcionar a segurança. Um outro aspeto relevante consiste em ter uma especial atenção sobre a qualidade de vida dos idosos, mostrando uma maior capacidade de lidar com situações de solidão e dependência dos idosos institucionalizados (Costa, 2002; Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010).

Neste sentido, trabalhar com idosos pode ser mais complexo do que cuidar de crianças, pelo facto de existir uma maior coordenação de vários serviços como é o caso do transporte, idas ao médicos, aspetos legais, lides domésticas e serviços pessoais, para além de ser necessário uma informação providenciada e um maior aconselhamento sobre a mobilização dos serviços disponíveis (Muchinsky, 1999).

Na mesma linha Adams, Boscarino e Figley (2006), acrescentam que os cuidadores formais, por terem de prestar um serviço emocional aos idosos, têm maior tendência para enfrentar adversidades difíceis de vencer, como por exemplo, a fadiga, a

depressão ou isolamento, existindo uma maior probabilidade de afetar a sua qualidade de vida e a saúde.

2º Capítulo- Qualidade de Vida, Percepção do *Stress* Profissional, Estratégias de *Coping* no Cuidadores Formais

4. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

Segundo WHO (2002), a qualidade de vida consiste na percepção individual, acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que estão inseridos, em relação às suas metas, expectativas, normas, preocupações. Bennett e Murphy (1999) acrescentam que este é um conceito multidimensional que mede a saúde mental, social e física, isto é, atua em diversos aspetos como na saúde/funcionamento psicológico, na satisfação com a vida, na auto-estima, na sensação somática, nas atividades, na liberdade e na realização de ambições, no funcionamento socioeconómico, psicológico/espiritual e familiar (Sanchez-Sosa & Rangel,2006).

Tal como referimos anteriormente a saúde e a qualidade de vida estão fortemente relacionadas, pois as suas percepções têm sofrido algumas alterações ao longo do tempo e das vivências pessoais (Edelman & Mandle, 2006), nomeadamente a saúde, que não é só caracterizada pela dimensão física/biológica, mas também pelas dimensões psicológicas e sociais (WHO, 2002). No entanto, as diferentes áreas da medicina sempre priorizaram o estudo da doença e das formas de avaliar sua frequência e intensidade, estando subjacente os recursos físicos do indivíduo, o bem-estar mental, as relações sociais, idade, a condição socioeconómica e o género (Bennett & Murphy,1999; Edelman& Mandle, 2006).

Vaz Serra (2010) esclarece a relação entre a qualidade de vida e a saúde, através de quatro dimensões, que são a avaliação do bem-estar físico, da capacidade funcional, do bem-estar emocional e social. No entanto, o mesmo autora firma que apesar da qualidade de vida e a saúde estarem frequentemente associadas, são dois constructos diferentes. Para além disso, estão subjacente a estes aspetos, cinco áreas principais como a mortalidade, morbilidade, incómodo e insatisfação (Sanchez-Rosa & Rangel,2006)

Assim sendo, segundo World Health Organiztion (2002), a avaliação da

qualidade de vida poderá ter contribuído para a medição da presença e grau de interferência de danos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Tal como afirma Evans (2001) o ambiente físico afeta a saúde, a qualidade de vida, o suporte social, a personalidade e as estratégias de *coping*. Deste modo Ferreira e Santana (2003) referem que tem havido algumas iniciativas de investigação de forma a compreender as causas das assimetrias em saúde, como são os fatores demográficos e socioeconómicos, nomeadamente o género, idade, estado civil, o nível de instrução, o tipo de atividade profissional e o local de residência.

Outro aspeto relevante, é o *stress*, pelo facto de ser tornado num problema sério no mundo de hoje, com grandes riscos para a saúde, além de estar associado a alguns transtornos a nível físico e/ou psíquico (Vaz Serra, 2007). Salanova, *et al* (2013), vai de encontro com o que foi referido anteriormente, afirmando que a vulnerabilidade para a doença e o mal-estar podem afetar o sentimento de bem-estar e realização profissional, a auto-eficácia e naturalmente a realização de tarefas. Deste modo a qualidade de vida poderá ter um impacto na saúde física e mental nos cuidadores formais dos idosos institucionalizados, por estarem sujeitos a grandes níveis de *stress* e de sobrecarga (Limonero, *et al*, 2004; Shapiro, Brown & Biegel, 2007).

Surgindo assim a pertinência deste estudo, por se basear na questão da saúde e o *stress* profissional, para além de estar relacionado com a tensão e a ansiedade (Nelson, Quick & Simmons, 2001).

5. Perceção do Stress Profissional nas instituições geriátricas

5.1. Stress

Desde o começo da investigação científica, o *stress* tem sido um ponto pertinente, pois retrata de uma forma holística, a integração mente-corpo, sendo essencialmente ambiental e externo ao sujeito, podendo ter repercussões em diversos aspetos físicos, psicológicos e sociais (Lazarus & Folkman, 1984; Berry, 1998; Ogden, 2004).

Segundo a literatura existem dois tipos de *stress*, o *distress*, isto é o sofrimento, que consiste numa resposta a um acontecimento negativo, perigoso e nocivo, assim como o *eustress*, por estar subjacente uma resposta a um acontecimento positivo e benéfico (Ogden, 2004). Alguns teóricos defendem que o este pode ser positivo, porém

outros, como Dougall e Baum (2001), insistem em algo fundamentalmente adverso, por apresentar uma emoção de excitação/ agitação, associado a uma ação forte ou lidando com estímulo forte, como é o caso da tensão ou da carga (Vaz Serra,2007). Desta forma,o *stress* consiste na adaptação e no ajustamento às mudanças ambientais do indivíduo (Dougall & Baum, 2001).

Outro aspeto a salientar segundo Vaz Serra (2007),é que existem algumas circunstâncias que induzem ao *stress* (stressores), onde podem estar subjacentes as exigências de natureza física, psicológica e social – incluindo o mundo profissional - que poderão dar origem a uma resposta interna, isto é, a um conjunto de sintomas associados ao *stress* (Leiter & Maslach, 2001). Surge, assim a necessidade de abordar a percepção dos profissionais que trabalham com os idosos, nomeadamente os cuidadores formais, no decorrer da sua atividade profissional.

5.2.O Stress Profissional

O trabalho representa um papel central no bem-estar físico e psicológico do indivíduo, um maior suporte social, satisfação de vida, maior auto-estima, assim como a sua justa remuneração económica. No entanto, poderá resultar em *stress*, quando existir exigências maiores que a capacidade profissional e pessoal de cada individuo. (Leiter & Maslach, 2001).

Segundo Vaz Serra (2007) para perceber o *stress* no ambiente de trabalho é necessário identificar todas as condições adversas que ocorrer resultar nesse local e como estas poderão afetar o desempenho individual e bem-estar. Deste modo existem vários modelos desenvolvidos para entender o *stress* ocupacional, como é o caso do modelo da posição pessoa-ambiente (Lazarus 1991) e o modelo do controlo-desafio de Karasek (1977).O primeiro permite entender que o *stress* psicológico e físico é um resultado da incongruência da pessoa-ambiente, enquanto o segundo está relacionado com os desafios de situações, assim como das decisões e liberdades individuais, em relação aos seus cumprimentos laborais (Karasek,1977; Lazarus, 1991; Colff & Rothman, 2009).

Outro aspeto relevante são os *stressores* que são acontecimentos ou condições que produzem *stress* (Vaz Serra,2007), podendo existir em todas as profissões, sendo mais notórias na área da saúde (Mendes,2011) e nos cuidadores formais dos idosos institucionalizados. Estes profissionais por estarem na presença constante de pessoas

debilitadas e vulneráveis, poderão desencadear elevados níveis de *stress*, tanto a nível pessoal, como profissional (Gomez, *et al.*, 2005).

Esta é uma profissão que requer uma grande estabilidade emocional e grande capacidade de gerar empatia com os utentes, além de terem de acompanhar situações de extrema dependência, devem igualmente compreender as várias fases do envelhecimento da pessoa, assim como as suas perdas (Torrão, 2010). Segundo Coco, Gatti, De Mendonça Lima e Camus (2003) existem três categorias de *stressores* para os cuidadores formais, como por exemplo os *stressores profissionais*, que incluem a atenção limitada, o desempenho das tarefas a um nível acelerado, as tarefas repetitivas e fragmentadas, as exigências emocionais elevadas, o serviço noturno e a insegurança no trabalho (Silva, Souza, Borger & Fisher, 2010), para além da preparação inadequada de muitos cuidadores e das tarefas demasiado exigentes relativamente ao cuidar (Colff & Rothman, 2009). Antolin e Llorente (2000) acrescentam os *stressores interpessoais* resultantes das relações com os superiores, supervisores e colegas, assim como no baixo suporte social, a falta de reconhecimento e valorização (Silva, Souza, Borger & Fisher, 2010). A estes *stressores*, Leiter e Maslach (2001) adicionam os *ambientais*, por incluírem a tecnologia moderna e a despersonalização, uma grande sobrecarga de trabalho por horários excessivos, acabando por se refletir na sua vida privada, onde não há espaço, nem tempo para realizar atividades de lazer e sociais. A estes aspetos pode-se acrescentar outros fatores de *stress* como lidar com o sofrimento, com a dor, a morte, a existência de uma maior exposição aos erros cometidos, aumento das responsabilidades externas e exigentes (Antolin & Llorente, 2000) e por fim, a falta de autonomia, os conflitos e ambiguidade de papéis, assim como a falta de outros profissionais (Colff & Rothman, 2009).

Segundo McIntyre, McIntyre e Silvério (1999) existem dois modelos mais usuais para explicar o *stress* profissional, nomeadamente as estratégias pessoais de avaliação e de *coping* de Lazarus e Folkman (1984), assim como o modelo de Cohnen-Manfield (1995). O modelo de Lazarus e Folkman (1984) foca-se essencialmente nas exigências do trabalho, a nível institucional, serviço e doentes, assim como situações pessoais extra-trabalho, como as dificuldades da sua vida privada. Enquanto o modelo de Cohnen-Manfield (1995) é apresentado de forma diferente do primeiro, centrando-se numa complexidade de fatores, que poderão ser individuais, como ocupacionais e fisiológicos, ou seja, as exigências ocupacionais abrangem a personalidade do indivíduo e os seus recursos pessoais, podendo desencadear assim um ajustamento das respostas

fisiológicas e psicológicas que poderão afetar as atitudes do indivíduo em termos laborais e dos seus comportamentos (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999).

5.2.1. Stressores intrínsecos ao trabalho

Segundo Maslach e Leiter (1998) que se basearam nos *stressores* inerentes ao trabalho, nomeadamente o papel do indivíduo na organização, além das relações interpessoais, da falta de controlo, dos ganhos insuficientes e dos conflitos de valores. Quanto aos *stressores* que vêm do ambiente externo, estão relacionados com alguns fatores como o nível de ansiedade, ou recursos de *coping* desadaptativos, para além de outros, como os problemas financeiros e familiares (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999).

Como referimos anteriormente, existem alguns fatores que poderão desencadear maiores níveis de *stress*, como é o caso da situação económica e instabilidade laboral. O desemprego e o subaproveitamento, é o um fator determinante no *stress*. Probst (2005), acrescenta que o *stress* económico prejudica o ambiente familiar, pelo fato de afetar e diminuir a sustentabilidade financeira, prejudicando a satisfação das necessidades básicas.

O perfil profissional dos cuidadores está subjacente aos níveis de experiência, de formação e da sua função assistencial (Antolín & Llorente, 2000). Assim sendo os trabalhadores mais novos têm tendência para apresentarem maior instabilidade e vulnerabilidade comparativamente com os indivíduos mais velhos, por dificuldades na obtenção do primeiro emprego, assim como por apresentarem maiores lacunas ao nível da experiência, e da auto-eficácia (Vaz Serra, 2007). Porém os profissionais como mais idade, apesar existirem políticas de proteção que facilitam a sua presença no trabalho, apresentam outras dificuldades como a perceção do seu papel na sociedade, a necessidade de tomada de decisão, assim como o cansaço físico e psicológico acentuado (Shapiro, Brown & Biegel, 2007).

A expectativa a nível da exigência, está relacionada com a falta de comunicação por ambas as partes, nomeadamente relacionada com as tensões governamentais, podendo ser psicológicas, ou então, subjacentes ao compromisso organizacional (Beehr & Glazer, 2005). Outro aspeto relevante é o fato de segundo Totterdel (2005), nem todos os trabalhadores terem o mesmo horário de trabalho, sendo comum em algumas organizações, como as instituições com idosos, existir variação dos tempos,

relativamente ao horário laboral dos empregados. Outro aspeto pertinente, é a rotatividade de horário e o serviço noturno por estarem associados aos distúrbios do sono e na fadiga (Beehr&Glazer, 2005).

Outro fator de *stress* consiste na ambiguidade de papéis, por gerar a falta de especificidade no que toca ao trabalho do empregado ou nas suas funções e responsabilidades (McIntyre, McIntyre & Silvério 1999; Vaz Serra, 2007). Além de existir uma incapacidade de prever o que é esperado, graças à falta de informação do ambiente (Beehr&Glazer, 2005). Nos cuidadores formais dos idosos institucionalizados, a ambiguidade de papéis torna-se num assunto pertinente, por ser uma atividade que exige recursos pessoais de adaptação às exigências dos idosos e institucionais, assim como uma maior capacidade de comunicação e interação com os utentes (Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010). Um outro aspeto que poderá potenciar uma maior dificuldade na forma do cuidado, está subjacente à facilidade em recordarem as pessoas significativas nesta faixa etária, nomeadamente familiares, para além, da criação de laços significativos (Torrão, 2010). Da parte dos idosos existem algumas situações de uma maior vulnerabilidade e de fragilidade, fazendo com que os auxiliares sejam as suas figuras de referência, obrigando-os a suportar exigências, para além de procurar dar respostas das suas necessidades individuais e emocionais, desencadeando assim maiores situações de *stress* (Antolín & Llorente, 2000). De tal forma, pode-se afirmar que trabalhar num ambiente geriátrico, poderá tornar-se desgastante a nível físico e emocional, prejudicando a saúde e o bem-estar profissional (Nelson, Quick & Simmons, 2001).

5.2.2. *Stressores* Extrínsecos ao trabalho

Nos últimos anos, tem havido um crescimento significativo das mulheres no mercado de trabalho, (eg: no cuidado com os idosos) tanto pela necessidade de existir um equilíbrio entre a vida profissional e familiar, como pelas necessidades económicas. (Gibbs, Fitzpatrick, Ford & Van dyk 2009). Este facto, origina frequentemente um conflito na interação desses papéis, por estar relacionado com as exigências incompatíveis e pelas expectativas irrealistas, nomeadamente em situações em que terá de saber lidar com a pressão da sociedade em relação à família, nas tarefas domésticas e no trabalho (Desmarais & Alksnis, 2005; Mendes, 2011). Esta tensão poderá gerar alguns conflitos familiares, como a insatisfação na relação marital, a carência de suporte

nas lides domésticas, assim como uma maior sobrecarga e responsabilidade de papéis (Bellavia&Frone, 2005; Gibbs, Fitzpatrick, Ford & Van dyk,2009). Como no caso da mulher que tem maior tendência para ser a cuidadora não só dos filhos/marido, como também dos pais, irmãos, sogros (Dunahoo, Geller&Hobfoll,2001). Deste modo, esta situação poderá criar alguns casos de domínios exagerados dos estereótipos relativos ao seu género e papel, para além de gerar maiores níveis de ansiedade e sentimentos de culpa (Dunahoo, Geller&Hobfoll,2001), de prejudicar o seu bem-estar e de promover um maior absentismo (Maslach & Leiter, 1998).

As características da personalidade são apresentadas igualmente como fatores de *stress*, como é o caso da personalidade tipo A, que é caracterizada por uma grande exigência e expectativas nas suas capacidades levando a grandes níveis de frustração e assim originar maior insatisfação e angústia (Vaz Serra,2007).

A incapacidade de concluir as tarefas organizacionais/institucionais no tempo disponível, poderá ser outro fator de *stress* (Maslach&Leiter,1998). Deste modo Antolín e Llorente (2000), acrescentam numerosos fatores que poderão influenciar a qualidade de cuidados oferecidos, como é o caso do número de pessoal por doente, da cobertura profissional em horas de maior exigência de atenção e nível de cuidados, das atividades e dos programas desenvolvidos, da implicação e das funções específicas por pessoal, em todo o percurso profissional, da oferta de formação especializada, da transmissão de informação e da existência de uma equipa multidisciplinar. Sendo assim, tudo isto tem repercussões diretas na forma como o cuidador percebe a sobrecarga de tarefas, a motivação, ambiente profissional ou o grau de satisfação.

5.2.3. Consequências Físicas, Psicológicas e Sociais

Relacionado com estes dois conflitos pessoais/familiares e profissionais observam-se algumas consequências como a morbilidade psicológica, o abuso de álcool e a fraca saúde física (Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha,2010), especialmente em relação às dores nas costas, aos distúrbios do sono, à dificuldade de concentração e organização, assim como os conflitos laborais e familiares (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999). A sobrecarga profissional é causada pelo elevado volume de trabalho, pressão do tempo e prazos (Maslach & Leiter,1998) e pela falta de recursos profissionais de forma a concluir os deveres, os compromissos e as responsabilidades (Vaz

Serra,2007), que poderão levar a doença e ao absentismo (Nelson, Quick e Simmons, 2001).

Segundo a literatura, o *Stress* profissional poderá ter como consequência o *Burnout*, se houver uma elevada frequência e cronicidade (Leiter& Maslach,2001), podendo estar associado às três dimensões, como o esgotamento emocional, a despersonalização e a redução de realização profissional (Maslach&Leiter, 1998).

No entanto, poderá haver uma capacidade da resposta positiva, com uma maior competência em saber resistir ao *stress*, uma maior tolerância à pressão perante situações complicada, através de uma maior adaptação emocional, pessoal e social (Carvalho, Calvo, Martín, Campos & Castillo, 2006). Assim no decorrer deste processo, surge a necessidade de abordar o papel das estratégias de *coping*.

6. Estratégias de *coping* em os cuidadores formais

Delongis e Holtzman (2005) comprovaram a existência de um crescimento nos estudos a nível da saúde mental e da medicina comportamental. Segundo estes estudos a interação entre os indivíduos e o ambiente que os rodeia condiciona a resposta à adversidade, assim como reduzem a probabilidade de problemas psicossociais (Carvalho, Calvo, Martín, Campos & Castillo, 2006).

Vaz Serra (2007) acrescenta outros fatores na adaptação do indivíduo, como o género, o estatuto socioeconómico e os traços de personalidade.

Por outro lado, a adaptação poderá estar associada a aspetos cognitivos, como é o caso das respostas perçutuais e comportamentais, especialmente a negação, a repressão, a supressão e a intelectualização, que são utilizadas de modo a fazer face a situações complicadas, ajudando a procurar alternativas, regulando as emoções, controlando a ansiedade, para além de resolver os problemas (Folkmanv & Lazarus, 1988; Colff & Rothman, 2009).

Desta forma, Elkman, Sivberg e Hallberg (2006) mencionam a existência de dois tipos de estratégias de *coping*, sendo uma centrada na emoção e a outra centrada no problema. A primeira tende a alterar o seu significado visto que não consegue mudar a ameaça, enquanto a segunda consiste em definir o problema na tentativa de o alterar. As estratégias centradas nas emoções estão subjacentes aos processos cognitivos que são responsáveis pela diminuição do transtorno emocional gerado por uma situação stressante, para além de estar subjacente a fuga de ideias de forma real ou imaginária.

Estas estratégias, podem igualmente, dar ênfase a aspetos como o controlo da sintomatologia, como o relaxamento, exercício, procura de emoções positivas (Cooper, 1998; Vaz Serra, 2007). Em relação às estratégias de enfrentamento centradas no problema, como ação instrumental e negociação, habilidades cognitivas e na minimização, poderão apresentar efeitos benéficos no funcionamento psicológico, social e profissional (Vaz Serra, 2007).

Nos cuidadores de idosos, o *coping* centrado na emoção tende a adotar pensamentos de dor e de desejo, podendo desencadear em *burnout*, ou num maior *stress* profissional, enquanto o *coping* centrado no problema, tende a procurar alternativas, através informações e do suporte social (Elkwall, Sivberg & Hallberg, 2006). Deste modo, existem estudos que apontam para uma maior eficácia das estratégias de *coping* relacionadas com os problemas, nomeadamente em situações de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984; 1987; 1988; Finnema *et al.*, 2005).

Segundo Ferreira (2012) os cuidadores formais que prestam serviço em instituições para idosos, geram melhor o *stress* a que estão sujeitos, se tiverem uma preparação profissional, um bom suporte social, assim como aptidões e recursos pessoais eficazes.

6.1. As características individuais - Uma estratégia de *Coping*

Segundo Maas e Spinath (2013) as principais características individuais que permitem uma adaptação positiva ao *stress* profissional consistem na robustez (Kobasa, 1988), no sentido de coerência (Antonovsky, 1993), no locus de controle (Rotter, 1966; Ya-Lin, Li-Ling & Suh-Ing, 2012), na auto-eficácia (Bandura, 1997), no optimismo (Borgess, Irvine & Wallymahmed, 2010) na auto-estima (Lazarus & Folkman, 1984; 1987) e nos aspetos cognitivos (Gomes, Faria & Gonçalves, 2013).

De acordo com a literatura, os indivíduos diferem nas suas estratégias de *coping*, quando estão perante situações de *stress*. Por exemplo, se for adaptativo, existe um maior alívio, no entanto se for desadaptativo poderá agravar ou prolongar os níveis de *stress*, ou então tornar-se num desafio para reavaliar a ameaça, criando assim algo positivo. Deste modo, surge a robustez, por ser uma disposição psicológica que permite um maior compromisso, controle e desafio (Kobasa, 1988; Akbarizadeh, Jahanpour & Hajvand, 2013), assim como certos comportamentos de saúde, nomeadamente a prática do exercício físico (Vaz Serra, 2007; Jimenez, Muñoz, Hernandez & Blanco, 2014).

Segundo Beehr e Glazer (2005), o controle profissional poderá ser uma estratégia de *coping* adaptativa, pois melhora o desempenho e a eficácia no local de trabalho (Kramer, *et al*, 2008). Assim sendo quanto maior for o controle nas exigências profissionais, maior será a autonomia, participação, assim como a confiança na resolução de problemas, sendo estes encarados não tanto como ameaças, mas de certa forma como uma oportunidade de crescimento (Nelson, Quick & Simmons, 2001). Enquanto Beehr e Glazer (2005) afirmam que o locus de controle interno é uma variável individual, que indica a crença de que as ações voluntárias, influenciam os acontecimentos (ganhos e castigos).

Outra característica individual apontada na literatura, segundo Antonovsky (1993), é o sentido de coerência, não por ser propriamente uma estratégia de *coping*, mas por ser uma predisposição individual. Uma pessoa com esta característica, permite adoptar estratégias de *coping* adaptativas, quando está sujeita a situações adversas, diminuindo os níveis de *stress*, acabando por promover a saúde e o bem-estar individual. O sentido de coerência está associado à orientação e disposição relativamente estável, através da compreensão, da flexibilidade e do significado. (Elkwall, Sivberg & Hallberg, 2006).

Uma das estratégias de *coping* mais utilizadas é o compromisso com o trabalho, isto é, o compromisso profissional (Maslach & Leiter, 1998), assim como a competência interpessoal. Estas estratégias são fundamentais, pois permitem perceber a realidade das situações interpessoais e habilidades comportamentais específicas, que conduzem a consequências significativas no relacionamento interpessoal positivo e satisfatório, especialmente com os idosos (Munari, Costa, Cardoso & Almeida, 2003).

Outro aspeto fundamental é o sentido do cuidado, tal como afirma Gonçalves, (2013), apontando para três formas, entre elas, o cuidado como expressão de subjetividade, permitindo uma maior interação interpessoal, entre o cuidador e o idoso, criando uma humanização no cuidado. Outro aspeto é o cuidado como uma atitude, possibilitando o aumento da responsabilidade, compromisso, disponibilidade, respeito e paciência, proporcionando uma maior satisfação pessoal e profissional. Por fim, o cuidado como descaracterização do sujeito, isto é, criar empatia com o idoso, permitindo uma relação de proximidade (Barbosa, Figueiredo, Sousa & Demain, 2011).

A aspiração, como característica individual, está subjacente ao desejo de progressão na carreira (Maslow, 1991; Doest, Maes, Gebhart & Koelewijn, 2006). Similarmente relacionado com a aspiração, é a autonomia, por permitir que haja uma maior

predisposição para melhorar o desempenho profissional com maior eficácia, quando o ambiente assim o permite (Warr, 2005; Allvinet *al*, 2011). Esta característica consiste nas avaliações cognitivas que os indivíduos fazem em relação às suas habilidades de desempenhar a tarefa específica, para além de permitir reduzir as tensões, a morbilidade psicológica como a ansiedade e tensão e a ambiguidade (Bandura, 1997; Beeher & Glazer, 2005; Bahreini, *et al*, 2013).

Segundo Warr (2005) a competência consiste na capacidade pessoal de enfrentar os problemas, nomeadamente através de conhecimentos, habilidades e atitudes que produzem uma atuação diferenciada. Sendo que esta aptidão está associada auto-eficácia, decorrente de um maior número de experiências, de comportamentos e de processo de auto regulação, para além de promover o bem-estar e a qualidade de vida (Bandura, 1997; Doest, Maes, Gebhart & Koelewjin, 2006).

Uma característica individual fundamental no estudo sobre os cuidadores formais dos idosos institucionalizados, é a capacidade de trabalho, atributo este que consiste na interação entre os recursos pessoais e exigências profissionais, permitindo criar um maior bem-estar pessoal e como consequência uma maior produtividade e qualidade no trabalho da instituição (Bahreini, *et al*, 2013). Torna-se evidente a pertinência da formação profissional, como um mecanismo que permite o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências, assim como o aperfeiçoamento das atividades de atendimento, relativizar as necessidades de cuidado físico e emocional do idoso (Cocco, Gatti, de Mendonça Lima & Camus, 2003). Deste modo o enriquecimento pessoal torna-se fortalecido, assim como, uma redução do *stress* profissional (Muchinsky, 2000; Allvinet *al*, 2011). Llobet, Canut, Mateu e Avílla, (2010) acrescentam que ter formação é indispensável para os cuidados qualificados, contribuindo para a motivação e satisfação profissional, contribuindo assim para uma maior qualidade de vida dos cuidadores formais.

Segundo Spector (1997) a satisfação no trabalho, consiste noutro aspeto relevante no mundo profissional, por estar relacionado com a perceção sobre a sua situação profissional. Os vários aspetos relativos a esta perceção, segundo a mesma autora, consistem no apreço, relações com os utentes, na comunicação, com os colegas, nos benefícios, nas condições e a natureza do trabalho por si mesmo, na própria organização, no salário, no crescimento pessoal, no sentido de vida, nas oportunidades de promoção, no reconhecimento, na segurança, na supervisão.

Existem alguns aspetos sociodemográficos, que poderão ser determinantes na satisfação laboral, entre eles a idade que segundo Li e Lambert (2008) afirma que existe um declínio no início da atividade laboral e na meia-idade, sendo que a faixa etária mais positiva é aproximadamente os quarenta e cinco anos. O género é igualmente um fator predominante para a satisfação laboral (Spector, 1997; Allvin, *et al*, 2011), nomeadamente nas mulheres, que apresentam efeitos positivos no seu bem-estar, quando existe a concretização de alguns aspetos, como a promoção, aumento de salário, realização profissional e harmonia entre a vida familiar e profissional (Gibbs, Fitzpatrick, Ford & Van dyk, 2009).

6.2.O suporte Social- Como mediador do Stress

O suporte social consiste numa variável que poderá ser uma estratégia de *coping* multidimensional, podendo alterar, reavaliar, aliviar e evitar circunstâncias de *stress*(Pacheco, 2005), na atividade laboral dos cuidadores formais. Sendo que a sua principal vantagem é criar outras alternativas quando confrontados com situações de *stress*, como a procura de outros profissionais, se possível com mais experiência, para tentarem procurar maior e melhor informação (Folkman &Lazarus, 1988; Elkam, Sivberg & Hallberg,2006)

As características ambientais poderão influenciar positivamente o mundo do trabalho, estando relacionados essencialmente com o suporte social e o controlo pessoal (Beehr &Glazer, 2005). O estudo do suporte social, tem tido um grande impacto nas investigações científicas, nomeadamente por ser um mediador do efeitos do *stress*, para além de apresentar várias funções, como a ajuda estrutural e/ou funcional (Vaz Serra,2007). No suporte funcional estão subjacentes a assistência emocional e instrumental, verificando-se que o suporte emocional traz um maior alívio do *stress*, através da demonstração de carinho e simpatia, geralmente partilhando ou enfatizando as emoções e situações (Beehr &Glazer, 2005), para além promover algumas práticas de saúde, como o exercício físico (Nelson, Quick &Simmons, 2001; Pereira & Carvalho,2013).

Van Dusseldopp; Van Meijiel eDerkssen, (2009), acrescentam que graças à assertividade, existem recursos individuais para lidar com o *stress*, a fim de proporcionar um melhor suporte social e permitir haver uma maior adaptação positiva

nos desafios, competição e caos no mundo do trabalho, podendo acrescentar a relação de compromisso e consequentemente a satisfação no trabalho (Leiter & Maslach, 2001; Allvinet *al*, 2011).

Os indivíduos com uma orientação positiva da vida têm tendência a um maior compromisso nas suas vidas e melhores desempenhos tanto na vida profissional, como fora desta. Em relação ao *stress*, apresentam uma maior adaptação às situações negativas, assim como, menores níveis de tensão e angústia, levando a um maior bem-estar físico (Vaz Serra, 2007).

Resumidamente as quatro características positivas identificadas por Howard e Johnson (2004) que previnem o aparecimento do *stress* laboral nos cuidadores formais consistem: na capacidade de ação, na perceção do apoio organizacional, no orgulho nos seus resultados e na competência pessoal. Constata-se que os cuidadores com maiores estratégias de *coping* adaptativa têm a capacidade de sobrepor a sua energia e comprometimento profissional às dificuldades provenientes das suas tarefas, onde as emoções positivas prevalecem sobre as negativas, particularmente o cansaço e a indiferença, permitindo assim uma maior oportunidade de contacto interpessoal, através de uma boa comunicação, um suporte social significativo, com ausência de conflitos interpessoais e um melhor contributo prestado aos utentes e colegas, através da importância de tarefas significativas, do sentido no trabalho e do prestígio ocupacional (Warr, 2005).

Concluindo, o trabalho representa um papel central, no bem-estar físico e psicológico do indivíduo, por abarcar alguns aspetos fundamentais como o aumento de recursos económicos, um maior papel social, suporte social, satisfação com a vida, assim como, uma maior auto-estima. No entanto, poderá ser numa ameaça, quando as exigências são maiores que as capacidades profissionais de cada indivíduo, desencadeando o *stress* profissional (Leiter & Maslach, 2001).

Contudo, como Elkam, Sivberg, e Hallberg, (2006) afirmam que a subjetividade na sobrecarga e na qualidade de vida consiste na forma como o sujeito pode avaliar o seu ambiente, as estratégias de *coping*, que irão a abordagem nas exigências pessoais e profissionais, que tanta relevância têm para o seu bem-estar (Santos, 2011).

Com o objetivo de favorecer outros ambientes, como a vida familiar, tendo em atenção outros fatores, como no caso das mulheres (Gibbs, Fitzpatrick, Ford & Van dyk, 2009).

Verifica-se que nesta população particularmente, a existência de um bom suporte social e de saúde, influenciam positivamente a sua satisfação laboral e por consequência uma melhoria no desempenho profissional, no cuidado ao idoso (Llobet, Canut, Mateu &Avilla, 2010).

Parte II - Estudo empírico

1. Metodologia

Este capítulo pretende descrever a metodologia utilizada ao longo desta investigação. Assim, começamos por abordar o desenho de estudo, os objetivos do mesmo, as hipóteses e variáveis da investigação. De seguida, são apresentados os procedimentos de recolha de dados e a caracterização sociodemográfica da amostra. Para além disso, são descritos os instrumentos de avaliação utilizados e as suas características psicométricas. Por fim, são apontados os procedimentos estatísticos utilizados para a análise dos dados.

1.1.Desenho de Estudo

O presente estudo situa-se no paradigma quantitativo pois enfatiza as regras da lógica, o raciocínio dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana (Ribeiro, 1999).

Tendo em vista os objetivos traçados, que serão apresentados de seguida, a investigação delineada é do tipo correlacional, uma vez que se pretende avaliar a relação entre as variáveis sem qualquer manipulação da variável independente e descrever as variações inerentes da relação entre essas mesmas variáveis. Relativamente aos momentos de avaliação este estudo será transversal já que somente um grupo será testado num dado momento do tempo. Quanto ao *design* do estudo, será entresujeitos (*between subjects*) pois todos os elementos da amostra passarão pela mesma avaliação (Ribeiro,1999).

1.2.Objetivos

O presente estudo visa realizar uma análise descritiva de uma amostra de sujeitos do sexo feminino, cuja situação profissionais e insere no cuidado a idosos. Sendo a profissão hoje em dia um dos domínios mais importantes para a qualidade de vida, satisfação e bem-estar, como verificamos na revisão da literatura (Leiter & Maslach,2001), é fundamental analisarmos e compreendermos determinados fatores que

podem influenciar essa mesma qualidade de vida e o *stress* profissional, nomeadamente as estratégias de *coping* utilizadas, que se podem apresentar como mediadoras para o bem-estar do indivíduo, caso sejam adaptativas (Santos, 2011).

Deste modo, o objetivo geral deste estudo, é analisar a relação entre as estratégias de *coping* adaptativas na percepção do *stress* profissional e na qualidade de vida relacionada com a saúde. Para além disso, esta investigação apresenta os seguintes objetivos específicos: caracterizar a amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, número de filhos, e habilitações literárias), assim como a situação profissional e suporte social; avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, dos cuidadores formais; avaliar a percepção do *stress* profissional, dos cuidadores formais dos idosos institucionalizados; distinguir as estratégias de *coping* adaptativas e desadaptativas, em relação ao *stress* profissional, dos cuidadores formais dos idosos institucionalizados.

1.3.Hipóteses de Investigação

Tendo em conta os objetivos anteriormente delineados, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação.

Hipótese 1- Prevê-se a existência de uma relação positiva entre a qualidade de vida e estratégias de *coping* adaptativas;

Hipótese 2- Prevê-se a existência de uma relação negativa entre a percepção do *stress* profissional, qualidade de vida e saúde;

Hipótese 3- Prevê-se a existência de uma relação negativa entre as estratégias de *coping* e a percepção do *stress* profissional;

Hipótese 4- Prevê-se a existência de uma relação positiva entre o suporte social e as estratégias de *coping* adaptativas;

1.4.Variáveis em Estudo

As variáveis da presente investigação foram selecionadas atendendo à revisão da literatura e de acordo com os objetivos propostos. Neste sentido, as variáveis podem ser divididas do seguinte modo:

Variáveis Sociodemográficas: Idade, género, estado civil, número de filhos, formação académica, tempo de serviço, horas laborais por semana, estabilidade profissional, a importância do suporte social.

Variáveis Psicossociais: Qualidade de Vida (domínio I - domínio físico: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades de vida quotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho; domínio II – domínio psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião, crenças pessoais; domínio III – relações sociais; relações pessoais; suporte social; atividade sexual; domínio IV – meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação em atividades de recreação e lazer; ambiente físico e transporte); *stress* Profissional (*Stress*, Stressores intrínsecos- situação económica, insegurança no trabalho, formação, trabalho por turnos, ambiguidade de papéis; *stressores* extrínsecos- conflitos profissionais; *coping* (Características individuais A robustez, o sentido de coerência, locus de controle, controlo profissional, auto-eficácia, autonomia, optimismo, auto-estima, compromisso com o trabalho, o sentido de cuidar, aspiração, autonomia, competência, capacidade de trabalho, satisfação profissional).

1.5.Procedimentos recolha de dados

A investigação foi submetida à direção dos lares de forma a proceder-se à recolha de dados. Após se obter o parecer positivo por parte das direções das instituições, procedeu-se à recolha nos lares, de forma individual, junto de cada participante. Os questionários foram auto-preenchidos, sendo as inquiridas informadas antes, através de consentimento informado, dos objetivos da investigação, a participação voluntária, a confidencialidade dos dados, tendo subjacente o cumprimento dos requisitos éticos e deontológicos.

1.6.Amostra

A amostra foi constituída por 41 mulheres cuidadoras de idosos, da região Norte de Portugal. O critério de inclusão para a participação no presente estudo consistiu em

ter como atividade profissional, o cuidar de idosos institucionalizados. Tendo em conta a informação anterior, é importante salientar que a nossa amostra foi não probabilística de conveniência.

1.6.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A partir da análise do quadro 1 podemos constatar a caracterização sociodemográfica da amostra em estudo. Assim, verificamos que fizeram parte do mesmo 41 mulheres, cuidadoras de idosos institucionalizados, região do Norte de Portugal. As idades variam entre 23 e 58 anos, com uma média de 44 anos ($dp=10.10$). Na sua maioria, as participantes são casadas (68,3%), têm filhos (78%) e 21 (51,2%) destes filhos são dependentes (ainda vivem com os pais) enquanto 20 (48,8%) são independentes. Para além disso, 8 (19,5%) têm a quarta classe, 17 (41,5%) o ensino superior, 11 (26,8%) o ensino secundário e 5 (12,2%) o ensino superior. A maior parte das participantes consideram o suporte social importante (58,5%) ou suficiente (41,5%).

Relativamente às variáveis relacionadas com a profissão, a maioria apenas trabalha nesse lar e em mais nenhum (95,1%) e têm uma situação profissional estável (92,7%). Para além disso, o tempo de serviço varia entre dois a 32 anos, com uma média de 11,24 anos ($dp=8.91$), e o número de horas semanais de trabalho varia entre quatro a 48, com uma média de 34,70 ($dp=11.41$).

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica da amostra (N=41)

| Variáveis sociodemográficas | N | % | M | DP | Mín. | Max. |
|-----------------------------|----|------|-------|-------|------|------|
| Idade | | | 43,98 | 10.10 | 23 | 58 |
| Estado civil | | | | | | |
| Solteiro | 7 | 19,5 | | | | |
| Casado | 28 | 41,5 | | | | |
| Divorciado | 2 | 26,8 | | | | |
| Viúvo | 4 | 12,2 | | | | |
| Filhos | | | | | | |
| Sim | 32 | 78 | | | | |
| Não | 9 | 22 | | | | |
| Dependentes (filhos) | | | | | | |
| Sim | 21 | 51,2 | | | | |
| Não | 20 | 48,8 | | | | |
| Escolaridade | | | | | | |
| Quarta classe | 8 | 19,5 | | | | |
| Ciclo preparatório | 17 | 41,5 | | | | |
| Secundário | 11 | 26,8 | | | | |
| Ensino superior | 5 | 12,2 | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|----|------|-------|-------|------|
| Suporte Social | | | | | | |
| | Suficiente | 17 | 41,5 | | | |
| | Importante | 24 | 58,5 | | | |
| Trabalha em mais algum lar | | | | | | |
| | Sim | 2 | 4,9 | | | |
| | Não | 39 | 95,1 | | | |
| Situação Profissional | | | | | | |
| | Estável | 38 | 92,7 | | | |
| | Instável | 3 | 7,3 | | | |
| Tempo de Serviço (anos) | | | | 11,24 | 8.91 | 2 32 |
| Horas semanais de trabalho | | | | 34,71 | 11.41 | 4 48 |

1.7. Instrumentos Utilizados

Para a realização desta investigação, de forma a avaliarmos as variáveis em estudo e conseguirmos quantificá-las, foram utilizados os seguintes questionários: Inventário de Fontes de *Stress* e Recursos de *Coping* Percebidos (IFS/RC), para avaliação do *stress* profissional e estratégias utilizadas para lidar com o mesmo; o *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ), para avaliação das estratégias de *coping* mais utilizadas pelos participantes; e o *WHO Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF), para avaliação da qualidade de vida. Para além disso, foi ainda delineado um questionário sociodemográfico para a recolha de alguns dados importantes para esta investigação. De seguida serão descritos cada um dos questionários e apresentadas as suas qualidades psicométricas neste estudo.

1.7.1. Inventário de Fontes de *Stress* e Recursos de *Coping* Percebidos (IFS/RC)

O IFS/RC foi desenvolvido por McIntyre, McIntyre e Silvério (1999), num estudo exploratório com enfermeiros, tem vindo a ser aplicado em contexto de saúde mas também noutros como o contexto académico. Dessa análise resultaram dois grupos de itens: o primeiro referente às fontes de *stress* ocupacional e o segundo relativo às estratégias consideradas desejáveis para lidar com o *stress*. O primeiro grupo contempla 24 itens de avaliação de potenciais fontes de *stress* ocupacional, sendo solicitado às participantes que indiquem por ordem decrescente de importância, quais as principais fontes de *stress* no exercício da sua profissão (de 1 a 24, considerando que 1 representa a mais *stressante*) e ainda que indiquem a intensidade percebida, dessa fonte de *stress*

nas últimas quatro semanas, tendo em conta uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (1 = muito pouco *stress*; 2 = pouco *stress*; 3 = *stress* médio; 4 = muito *stress*; 5 = *stress* extremo; NA = não se aplica ao contexto). Do somatório das pontuações obtidas em cada item, obtém-se um índice total da intensidade de *stress* percebido pelas participantes, nas últimas quatro semanas, variando entre um valor mínimo de 24 (muito pouco *stress*) e um máximo de 120 (*stress* extremo). O segundo grupo de itens é composto por 15 itens relativos aos potenciais recursos/estratégias de *coping* para lidar com o *stress* profissional, sendo solicitado às participantes que indiquem por ordem decrescente de importância, as estratégias que consideram mais úteis para lidar com o *stress* na sua profissão (de 1 a 15, representando 1 o apoio mais útil) e, para cada estratégia apresentada, pede-se ainda às participantes, que indiquem numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, a frequência com que utilizaram esse tipo de recurso nas últimas quatro semanas (1 = infrequente; 2 = pouco frequente; 3 = frequência média; 4 = muito frequente; 5 = muitíssimo frequente). Do mesmo modo que no grupo anterior, do somatório das pontuações obtidas em cada item, obtém-se um índice total da frequência de recursos/estratégias de *coping* mobilizados pelas participantes, nas últimas quatro semanas no confronto com as fontes de *stress* ocupacional, variando entre um valor mínimo de 15 e uma frequência total máxima de 75 (maior frequência na mobilização de recursos/estratégias de *coping* para lidar com o *stress* ocupacional).

Relativamente ao estudo da validade e fidelidade deste instrumento, não encontramos dados dos estudos realizados no âmbito da saúde mas foram encontrados resultados relativos à consistência interna no estudo em contexto académico Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso & Ferreira, 2008). Assim, o valor de alfa de *Cronbach* encontrado para o total do inventário de fontes de *stress* foi de .88.

1.7.1.1. Características Psicométricas do IFS/RC

A análise das características psicométricas deste instrumento na presente amostra de 41 mulheres incidiu no estudo da fidelidade interna. Na avaliação da consistência interna foi calculado o *Alfa de Cronbach* os dois grupos: o IFS e o IRC, bem como analisada a correlação dos itens com o total da escala.

Relativamente à análise da consistência interna do primeiro grupo de itens, como podemos verificar pela análise do quadro 2, verificamos que a escala boas características psicométricas, sendo o valor de alfa de *Cronbach* de .90, apesar de a

variação dos valores das correlações dos itens com o total da escala se encontrarem entre .06e .76, sendo que dois itens apresentam correlação inferior a.20 (item 5 – sobrecarga de trabalho e item 20 – elaboração de horários). Apesar disso e tendo em conta que a eliminação dos mesmos não faz variar significativamente o valor do alfa de *Cronbach* total, optamos por não eliminar os itens referidos.

Quadro 2. Resultados da análise de consistência interna do IFS (N=41)

| Itens | Correlação item com o total da escala | Alfa se o item for eliminado |
|---|---------------------------------------|------------------------------|
| Más Condições Físicas e Tecnológicas | .480 | .889 |
| Carência de recursos humanos, materiais, e técnicos | .580 | .887 |
| Lidar com a morte | .366 | .891 |
| Estado Clínico dos doentes | .601 | .887 |
| Sobrecarga de Trabalho | .060 | .899 |
| Conflitos interpessoais no trabalho | .260 | .893 |
| Ambiguidade de papéis | .376 | .891 |
| Excessivo número de doentes por profissional | .576 | .887 |
| Desumanização do tratamento e atendimento | .495 | .888 |
| Falta de privacidade | .491 | .888 |
| Exigências Hierárquicas | .482 | .889 |
| Responsabilidade pelo doente e a sua família | .530 | .888 |
| Incapacidade de responder às exigências dos pacientes | .663 | .884 |
| Rotina do Trabalho | .645 | .885 |
| Incerteza e limites no conhecimento médico | .484 | .889 |
| Riscos para a saúde (contágio,etc) | .642 | .885 |
| Falta de autonomia | .567 | .886 |
| Falta de oportunidades de promoção | .556 | .887 |
| Salário baixo | .508 | .888 |
| Elaboração dos horários | .195 | .897 |
| Conflito de exigências do utente e/ou familiares | .759 | .882 |
| Serviço Nocturno | .430 | .891 |
| Demasiadas Exigências do utente e/ou familiares | .639 | .885 |
| Pouca informação dos utentes sobre os serviços | .419 | .891 |
| Alfa deCronbachtotal:.896 | | |

No que concerne à análise da fidelidade do IRC, como verificamos pela análise do quadro 3, apuramos um valor de alfa de Cronbach de.53, o que indica uma baixo consistência interna desta escala. Assim, após analisar a correlação dos itens com o total da escala, optou-se por retirar aqueles que apresentavam uma correlação inferior a.20, nomeadamente o item 1, 2, 5, 7, 11, 13 e 15. Desta forma, o valor de consistência interna subiu para.65 o que, apesar de ainda ser baixa, se apresenta como um valor aceitável tendo em conta o número de itens da escala. Perante os resultados com a

eliminação dos itens, constatamos que um item (3 – beber bebidas alcoólicas) se encontra com uma baixa correlação com o total da escala (.19). Porém, tendo em conta o número de itens que a compõe e o facto de não fazer variar significativamente o alfa de *Cronbach* final, optou-se por não o eliminar.

Quadro 3. Resultados da análise de consistência interna do IRC (N=41)

| Itens | Correlação do item com o total da escala – Inicial | Correlação do item com o total da escala – Final | Alfa se o item for eliminado – Inicial | Alfa se o item for eliminado - Final |
|--|--|--|--|--------------------------------------|
| Beber bebidas com cafeína (café, chá, colas) | -.107 | .578 | --- | --- |
| Fumar | -.101 | .544 | --- | --- |
| Beber bebidas alcoólicas | .222 | .513 | .189 | .659 |
| Fazer pausas no Trabalho | .344 | .477 | .253 | .650 |
| Levar trabalho para casa | .127 | .525 | --- | --- |
| Passar tempo com a família e/ou Filhos | .383 | .465 | .471 | .594 |
| Grupos de Discussão | .178 | .512 | --- | --- |
| Melhorar os conhecimentos clínicos/práticos | .314 | .482 | .318 | .635 |
| Tempos de lazer | .373 | .463 | .463 | .594 |
| Reservar tempo livre para si próprio | .232 | .498 | .375 | .623 |
| Arranjar as Desculpas | .091 | .527 | --- | --- |
| Falar com os amigos | .389 | .464 | .362 | .624 |
| Faltar ao Trabalho | .034 | .542 | --- | --- |
| Estabelecer boas relações com os doentes | .258 | .498 | .369 | .625 |
| Desporto | .155 | .517 | --- | --- |
| Alfa de <i>Cronbach</i> inicial = .525 / Alfa de <i>Cronbach</i> final = .653 | | | | |

1.7.2. *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ)

O WCQ, desenvolvido por Folkman e Lazarus (1988) e adaptado por McIntyre, McIntyre e Redondo (1999), pretende identificar o pensamento e ações de um indivíduo para lidar com determinada situação *stressante*.

Este instrumento é composto por 44 questões, divididas pelas três subescalas: *coping* geral, *coping* direto e *coping* de supressão. A subescala de *coping* geral representam as estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas perante situações perturbadoras, a subescala *coping* direto integram apontam para estratégias mais racionais, centradas no problema e a subescala *coping* de supressão apontam para estratégias que visam suprimir pensamentos relacionados com a situação em análise e

inibição da ação. A cotação das subescalas processa-se de acordo com a seguinte apresentação:

Cálculo da subescala *coping* geral Σ (itens 1 a 4) + (itens 6 a 21) + (itens 26 a 44)

Cálculo da subescala *coping* directo Σ (itens 1 a 10) - Σ (itens 11 a 22)

Cálculo da subescala de *coping* de supressão Σ (itens 22 a 29) - Σ (itens 30 a 33)

As respostas foram cotadas com um valor no caso dos itens assinalados e zero nos itens não assinalados, de acordo com o método proposto por Parkes (1984).

Relativamente à consistência interna deste instrumento no estudo de validação original, foram apurados os seguintes valores de alfa de Cronbach: .89 para a subescala geral; .71 na subescala *coping* direto e .56 na subescala *coping* de supressão. O estudo português de validação deste instrumento (McIntyre et al., 2003) evidenciou um alfa de Cronbach de .88 para a escala de *coping* geral, de .77 para a subescala de *coping* directo e de .62 para a subescala de *coping* de supressão.

1.7.2.1. Características Psicométricas do WCQ

A análise das características psicométricas deste instrumento na presente amostra incidiu no estudo da fidelidade interna. Na avaliação da consistência interna foi calculado o *Alfa de Cronbach* para as subescalas geral, *coping* direto e *coping* de supressão.

A análise do quadro 4 permite-nos analisar a consistência interna da subescala geral, onde verificamos que a mesma apresenta uma boa fidelidade, com um alfa de Cronbach de .94, superior ao do estudo de validação, e variação do valor das correlações dos itens com o total da escala entre .30 e .71.

Quadro 4. Resultados da análise de consistência interna da subescala *coping* geral (N=41)

| Itens | Correlação do item com o total da escala | Alfa se o item for eliminado |
|---|--|------------------------------|
| Falei com alguém que podia fazer de algo de concreto relativamente | .308 | .939 |
| Procurei ajuda profissional e fiz o que me recomendaram | .442 | .939 |
| Pedi Conselho a alguém que respeitava e segui-o | .516 | .938 |
| Fiz um plano de Ação e segui-o | .441 | .939 |
| Marquei a minha posição e lutei por aquilo que queria | .335 | .939 |
| Concentrei-me nalguma coisa boa que pudesse resultar de toda a situação | .550 | .938 |
| Mudei alguma coisa para que as coisas terminassem bem | .566 | .937 |

| | | |
|--|------|------|
| Sabia o que tinha de ser feito, pelo que redobrei os meus esforços e tentei ainda mais fazer com que as coisas resultassem | .641 | .937 |
| Limitei-me a lidar com coisas uma de cada vez | .309 | .940 |
| Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, tomando medicamentos ,etc | .456 | .938 |
| Esperei que acontece um pequeno milagre | .453 | .938 |
| Senti-me mal por não consegui evitar o problema | .659 | .937 |
| Imaginei ou sonhei acordado(a) com um local ou um tempo melhor do que aquele em que estava | .448 | .939 |

Quadro 4. Resultados da análise de consistência interna da subescala *coping* geral
(N=41) (continuação)

| Itens | Correlação do item com o total da escala | Alfa se o item for eliminado |
|---|--|------------------------------|
| Desejei poder mudar a maneira como me sentia | .643 | .937 |
| Fantaseiei ou sonhei com a forma como as coisas se poderiam desenrolar | .643 | .937 |
| Culpabilizei-me | .339 | .939 |
| Descarreguei em cima dos outros | .234 | .940 |
| Aceitei uma segunda escolha em relação ao que queria | .546 | .938 |
| Senti que o tempo faria a diferença e que a melhor coisa a fazer era esperar | .524 | .938 |
| Tentei não agir precipitadamente ou seguir o meu primeiro palpite | .435 | .939 |
| Acomodei-me ao meu destino: às vezes tem-se apenas azar/má sorte | .451 | .938 |
| Falei com alguém para saber mais acerca da situação | .563 | .938 |
| Encontrei alguma maneira de expressar os meus sentimentos/emoções | .724 | .936 |
| Falei com alguém sobre como me estava a sentir | .440 | .939 |
| Revi o problema na minha cabeça, vez após vez, para o tentar compreender | .496 | .938 |
| Aceitei a compreensão e a solidariedade de outra pessoa | .512 | .938 |
| Prometi a mim mesmo(a) que as coisas seriam diferentes da próxima vez | .561 | .938 |
| Tentei fazer as pazes com a outra pessoa pelas coisas más que tinha acontecido | .537 | .938 |
| Disse a mim próprio(a) coisas que me ajudaram a sentir melhor | .602 | .937 |
| Esperei para ver o que acontecia | .710 | .936 |
| Pensei em coisas fantásticas ou irreais que me fizeram sentir melhor | .574 | .937 |
| Tentei não fazer algo que depois pudesse ser remediado | .408 | .939 |
| Redescobri o que é importante na vida | .686 | .936 |
| Cheguei a algumas soluções diferentes para o problema | .681 | .937 |
| Critiquei-me ou censurei-me | .525 | .938 |
| Voltei-me para o trabalho ou para uma atividade alternativa para desviar a minha mente das coisas | .314 | .940 |
| Alfa de Cronbach= .939 | | |

Os resultados apresentados no quadro 5 permitem-nos concluir que a subescala *coping* direto apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* total de .89, também superior ao estudo de validação, com variação das correlações dos itens com o total da escala entre .19 e .78. Apesar de verificarmos que um dos itens apresenta uma baixa correlação (“descarreguei em cima dos outros” -.19) optamos por não o eliminar, uma vez que não altera significativamente o valor do alfa total.

Quadro 5. Resultados da análise de consistência interna para a subescala *coping* direto (N=41)

| Itens | Correlação do item com o total da escala | Alfa de Cronbach se item eliminado |
|--|--|------------------------------------|
| Falei com alguém que podia fazer de algo de concreto relativamente | .413 | .883 |
| Procurei ajuda profissional e fiz o que me recomendaram | .519 | .880 |
| Pedi Conselho a alguém que respeitava e segui-o | .589 | .879 |
| Fiz um plano de Ação e segui-o | .511 | .880 |
| Apenas me concentrei no que tinha de fazer a seguir | .265 | .888 |
| Marquei a minha posição e lutei por aquilo que queria | .414 | .883 |
| Concentrei-me nalguma coisa boa que pudesse resultar de toda a situação | .526 | .880 |
| Mudei alguma coisa para que as coisas terminassem bem | .528 | .880 |
| Sabia o que tinha de ser feito, pelo que redobrei os meus esforços e tentei ainda mais fazer com que as coisas resultassem | .568 | .879 |
| Limitei-me a lidar com coisas uma de cada vez | .307 | .886 |
| Desejei ser uma pessoa mais forte, mais optimista e vigorosa | .480 | .881 |
| Desejei que a situação desaparecesse ou acabasse | .627 | .877 |
| Desejei ter podido mudar o que tinha acontecido | .777 | .872 |
| Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, tomando medicamentos, etc | .401 | .883 |
| Esperei que aconteça um pequeno milagre | .501 | .881 |
| Senti-me mal por não conseguir evitar o problema | .647 | .876 |
| Imaginei ou sonhei acordado(a) com um local ou um tempo melhor do que aquele em que estava | .498 | .881 |
| Desejei poder mudar a maneira como me sentia | .612 | .877 |
| Fantasiei ou sonhei com a forma como as coisas se poderiam desenrolar | .597 | .878 |
| Culpabilizei-me | .269 | .886 |
| Descarreguei em cima dos outros | .187 | .889 |
| Tentei esquecer tudo | .329 | .886 |
| Alfa de Cronbach= .886 | | |

A análise do quadro 6 permite-nos constatar que a subescala *coping* de supressão apresenta uma consistência boa, com um valor de alfa de *Cronbach* de .75, superior ao do estudo de validação, com variação das correlações dos itens com o total da escala

entre .04 e .63. Apesar de verificarmos que dois itens apresentam baixa correlação com o total da escala (“não deixei que isso me afetasse: recusei-me a pensar demasiado no assunto” - .19 e “continuei como se nada tivesse acontecido” - .04) optou-se por não os retirar devido a não ter um peso relevante no alfa final.

Quadro 6. Resultados da análise de consistência interna para a subescala *coping* de supressão (N=41)

| Itens | Correlação do item com o total da escala | Alfa de Cronbach se item eliminado |
|---|--|------------------------------------|
| Tentei esquecer tudo | .298 | .748 |
| Não deixei que isso me afetasse: recusei-me a pensar muito demasiado no assunto | .193 | .761 |
| Fiz pouco caso da situação: recusei-me a pensar muito seriamente no assunto | .342 | .742 |
| Continuei como se nada tivesse acontecido | .040 | .772 |
| Aceitei uma segunda escolha em relação ao que queria | .462 | .728 |
| Senti que o tempo faria a diferença e que a melhor coisa a fazer era esperar | .633 | .706 |
| Tentei não agir precipitadamente ou seguir o meu primeiro palpite | .569 | .714 |
| Acomodei-me ao meu destino: às vezes tem-se apenas azar/má sorte | .371 | .739 |
| Falei com alguém para saber mais acerca da situação | .469 | .729 |
| Encontrei alguma maneira de expressar os meus sentimentos/emoções | .541 | .718 |
| Falei com alguém sobre como me estava a sentir | .358 | .741 |
| Revi o problema na minha cabeça, vez após vez, para o tentar compreender | .383 | .738 |
| Alfa de Cronbach= .754 | | |

1.7.3. WHO Quality of Life – Bref (WHOQOL - Bref)

O WHOQOL- *Bref*, na sua versão original, foi desenvolvido pelo WHOQOLGroup, em 1994. O instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa pelos autores Canavarro, Vaz Serra, Simões Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes em 2006.

Este instrumento visa avaliar a qualidade de vida dos inquiridos e foi desenvolvido segundo a definição adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, segundo a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do

contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Consiste numa versão abreviada do WHOQOL-100, tendo surgido pela necessidade de construir um instrumento de administração rápida (Flecket *al*,2000). O instrumento mencionado destina-se a avaliar a qualidade de vida dos indivíduos adultos e é composto por 26 itens, organizado em 4 domínios sendo eles: domínio físico, psicológico, domínio das relações sociais e o ambiental (Fleck *et al*, 2000).

No que concerne às questões do instrumento estas são de resposta do tipo *Lickert* (5 pontos) e a sua cotação pode ser feita manualmente ou através do programa *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS). Os resultados obtidos são calculados consoante a média dos resultados das questões que constituem o instrumento, e multiplicados por 100 para que desta forma os resultados obtidos possam ser confrontados com os do instrumento original, WHOQOL-100 (Canavarro *et al*, 2007). Contudo, resultados mais elevados apresentam uma melhor qualidade de vida (Canavarro *et, al*, 2007).

A versão portuguesa deste instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, com um *alpha de Cronbach* de .92 para a escala total e entre .65 e .85 para os domínios (Vaz-Serra, et al., 2006).

1.7.3.1.Características Psicométricas do WHOQOL - Bref

A análise do quadro 7 permite-nos constatar que o questionário WHOQOL-Bref, no total dos 26 itens, apresenta boas qualidades psicométricas, apresentando um alfa de *Cronbach* de .91. As correlações entre os itens e o total da escala variam entre .27 e .75.

Quadro 7.Resultados da análise de consistência interna para o WHOQOL-Bref(N=41)

| Itens | Correlação do item com o total da escala | Alfa de Cronbach se item eliminado |
|---|--|------------------------------------|
| Como avalia a sua qualidade de vida | .648 | .904 |
| Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde | .577 | .904 |
| Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer a sua vida diária | .394 | .908 |
| Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária | .681 | .902 |
| Até que ponto gosta da vida | .343 | .909 |
| Em que medida sente que a sua vida tem sentido | .526 | .905 |
| Até que ponto se consegue concentrar | .647 | .903 |
| Em que medida é saudável o seu ambiente físico | .287 | .910 |
| Em que medida é o seu ambiente físico | .490 | .906 |
| Tem energia suficiente para a sua vida diária | .568 | .905 |

Quadro 7. Resultados da análise de consistência interna para o WHOQOL-Bref (N=41)
(continuação)

| Itens | Correlação do item com o total da escala | Alfa de Cronbach se item eliminado |
|---|--|------------------------------------|
| É capaz de aceitar a sua aparência física | .415 | .907 |
| Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades | .621 | .904 |
| Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária | .474 | .906 |
| Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer | .490 | .906 |
| Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)) | .746 | .902 |
| Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono | .485 | .907 |
| Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia | .644 | .903 |
| Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho | .400 | .907 |
| Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a) | .595 | .904 |
| Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais | .594 | .905 |
| Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual | .518 | .906 |
| Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos | .214 | .910 |
| Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive | .616 | .903 |
| Até que ponto está satisfeito(a) com acesso que tem aos serviços de saúde | .410 | .908 |
| Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza | .268 | .909 |
| Com que frequência tem sentimentos negativos tais como a tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | .622 | .903 |
| Alfa de Cronbach= .909 | | |

Da análise da consistência interna das escalas neste estudo, constatamos, através da análise do quadro 8, os seguintes valores de alfa de *Cronbach*: .81 no domínio físico, .79 no psicológico, .75 no ambiental e .57 no das relações sociais. Todos os domínios apresentam uma boa consistência interna com exceção do domínio relações sociais. Porém, e tendo em conta que as correlações entre os itens são todas superiores a .40 e o número de itens é bastante reduzido, optou-se por não eliminar este domínio, considerando o valor de alfa aceitável.

Quadro 8. Resultados da análise de consistência interna para os domínios do WHOQOL-Bref (N=41)

| Itens | Alfa de Cronbach |
|------------------------------|------------------|
| Domínio Físico | .808 |
| Domínio Psicológico | .788 |
| Domínio das Relações Sociais | .571 |
| Domínio Ambiental | .748 |

1.8. Procedimentos Estatísticos

Para a análise dos dados, utilizamos uma base de dados informática onde os dados foram processados através do *software* IBM® SPSS® (IBM - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0). Antes de dar início às análises dos dados foi realizado um estudo de normalidade e homogeneidade dos dados dos diferentes instrumentos utilizados, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* e dos índices de *Kurtose* e assimetria. Tendo em conta que os resultados do teste de normalidade não apresentaram uma distribuição normal da amostra, na maioria das escalas avaliadas (de entre as escalas e subescalas do IFS/RC, WCQ e WHOQOL-Bref), o que quebra um dos pressupostos para estatística paramétrica, e tendo em conta que a amostra é reduzida, optamos por utilizar testes não paramétricos no nosso estudo.

Assim, para análise das características sociodemográficas e clínicas foram usados os testes de estatística descritiva, análises de distribuições e frequências. O mesmo foi utilizado para analisar os resultados dos testes de avaliação do *stress*, das estratégias de *coping* e da qualidade de vida. A avaliação das qualidades psicométricas dos instrumentos na amostra em estudo foi analisada através do cálculo do *Alpha de Cronbach* e da análise das correlações dos itens com o total da escala.

Para a análise das hipóteses em estudo foram efetuadas correlações de *Spearman's Rho*, de forma a compreendermos a associação entre as variáveis.

Neste estudo o valor de significância adotado foi de $p < .05$. Considerou-se tendência de significância um valor de $p < .10$.

2. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados das análises estatísticas efetuadas, nomeadamente da análise descritiva dos instrumentos utilizados e da análise

das hipóteses. Assim, inicialmente serão descritos os valores aferidos na população em estudo ao nível do *stress* laboral, das estratégias de *coping* e da qualidade de vida. De seguida serão apresentados os resultados das hipóteses levantadas inicialmente nesta investigação.

2.1. Resultados descritivos na amostra em estudo

2.1.1. *Stress* laboral e estratégias de enfrentamento

De forma a compreendermos as fontes de *stress* profissional e as estratégias utilizadas pelos sujeitos para lidar com o mesmo, procedeu-se à análise descritiva do resultado total das duas subescalas (quadro 9).

Relativamente à primeira subescala, IFS, relativa às fontes de *stress* ocupacional, verificamos uma média de 65,90 valores ($dp=17.52$), sendo que o sujeito que apresenta menos *stress* ocupacional obteve 36 valores e o que apresenta maior *stress* apresentou 119 valores, indicando *stress* extremo. Valor médio indica-nos que as participantes, em média, não apresentam *stress* ocupacional elevado, sendo que o este valor é inferior ao valor médio da escala (72 valores).

Relativamente à escala IRC de avaliação das estratégias utilizadas para enfrentar o *stress* ocupacional, apuramos um valor médio de 35,32 ($dp=4.82$), sendo o mínimo de 26 e o máximo de 48, o que indica que os sujeitos, em média, não mobilizam com frequência recursos/estratégias de *coping* para lidar com o *stress* ocupacional, uma vez que o valor médio encontrado é bastante inferior à média da escala (45 valores) e o sujeito com a pontuação mais elevada está próximo apenas do valor médio.

Quadro 9. Resultados descritivos do inventário de fontes de *stress* (N=41)

| Satisfação sexual | M | DP | Min. | Max. |
|-------------------|-------|-------|------|------|
| IFS | 65,90 | 17.52 | 36 | 119 |
| IRC | 35,32 | 4.82 | 26 | 48 |

2.1.2. Estratégias de *coping*

Da análise da estatística descritiva referente às subescalas de avaliação das estratégias de *coping* (quadro 10), apuramos uma média de 20,29 ($dp=10.30$) para a subescala *coping* geral, com um valor mínimo de três e máximo de 38.

Analisando as subescalas *coping* direto e *coping* de supressão, compreendemos que as participantes utilizam mais estratégias diretas do que de supressão, ou seja, mais estratégias racionais, centradas no problema e menos estratégias que visam suprimir pensamentos relacionados com a situação em análise e inibição da ação. Assim, o valor médio na subescala *coping* direto é 1,73 (dp=2.43), com um mínimo de -4 e máximo de 7, e o valor médio da subescala *coping* de supressão é de 0,71 (dp=1.86), sendo o mínimo -3 e máximo 4.

Quadro 10. Resultados descritivos do *Coping* e dimensões na amostra total (N=41)

| | M | DP | Min. | Max. |
|----------------------------|----------|-----------|-------------|-------------|
| <i>Coping</i> geral | 20,29 | 10.30 | 3 | 38 |
| <i>Coping</i> direto | 1,73 | 2.43 | -4 | 7 |
| <i>Coping</i> de supressão | 0,71 | 1.86 | -3 | 4 |

2.1.3. Qualidade de vida

De forma a analisarmos a qualidade de vida nos participantes em estudo, foi elaborada uma análise descritiva das dimensões do questionário *WHOQOL-Bref*. Através da análise do quadro 11 constatamos que em todos os domínios as participantes apresentam uma qualidade de vida superior à média das dimensões. Assim, o domínio físico apresenta uma média de 27 (dp=4.48), variando entre 17 e 33 (valor máximo do domínio é 35); o domínio psicológico apresenta uma média de 23,51 (dp=3.54), com um mínimo de 14 e máximo de 29 (valor máximo do domínio é 30); o domínio das relações sociais apresenta uma média de 11,88 (dp=2.10), com valores entre 6 e 15 (valor máximo do domínio é de 15); e o domínio do meio ambiente apresenta uma média de 26,61 (dp=4.12), variando entre 20 e 37 (valor máximo do domínio é 40). Deste modo verificamos que os domínios apresentam valores semelhantes, sendo que a diferença de *scores* tendo em conta a média e máximo de cada domínio não varia muito. Salienta-se que as participantes parecem apresentar elevada qualidade de vida nos domínios avaliados.

Quadro 11. Resultados descritivos dos domínios do questionário Whoqol-Bref (N=41).

| | M | DP | Min | Max |
|--------------------------|----------|-----------|------------|------------|
| Domínio físico | 27 | 4.48 | 17 | 33 |
| Domínio psicológico | 23,51 | 3.54 | 14 | 29 |
| Domínio relações sociais | 11,88 | 2.10 | 6 | 15 |
| Domínio meio ambiente | 27,61 | 4.12 | 10 | 37 |

2.2. Resultados das hipóteses em estudo

2.2.1. Hipótese 1

Prevê-se a existência de uma relação positiva entre a qualidade de vida e estratégias de coping adaptativa

Para analisar a relação entre a qualidade de vida e as estratégias de *coping* utilizadas foi realizada a correlação de *Spearman's Rho*. Para isso foram analisados todos os domínios da qualidade de vida em associação com as três subescalas do questionário de avaliação das estratégias de *coping*, nomeadamente, o *coping* geral, direto e de supressão.

Os resultados, apresentados no quadro 12, evidenciam relação positivas significativas, de intensidade moderada, entre o domínio físico e o *coping* direto ($r=.367$; $p=.018$) e entre o domínio psicológico e o *coping* direto ($r=.332$; $p=.034$). Estes resultados evidenciam que quanto mais estratégias de *coping* direto os sujeitos utilizam maior a sua qualidade de vida ao nível físico e psicológico, e vice versa.

Uma vez que a segunda parte do inventário de fatores de *stress* avalia também as estratégias de *coping* utilizadas, foi também feita uma correlação com os domínios da qualidade de vida. Os resultados demonstram uma associação estatisticamente significativa positiva, de intensidade moderada, entre o domínio do meio ambiente e as estratégias de *coping* utilizadas para combater o *stress* ocupacional ($r=.487$; $p=.001$), o que indica que as participantes que utilizam com mais frequência estratégias de *coping* para combater o *stress* ocupacional são as que apresentam melhor qualidade de vida ao nível do meio ambiente.

Desta forma, constata-se que comprovamos parcialmente a primeira hipótese.

Quadro 12. Coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre os domínios da qualidade de vida e as estratégias de *coping* (N=41)

| | <i>Coping</i> geral (p) | <i>Coping</i> direto (p) | <i>Coping</i> supressão (p) | IRC (p) |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------|
| Domínio físico (p) | -.274 (.083) | .367* (.034) | -.090 (.937) | .029 (.857) |
| Domínio psicológico (p) | -.274 (.083) | .332* (.034) | .013 (.937) | .089 (.582) |
| Domínio relações sociais (p) | -.007 (.965) | .233 (.142) | -.038 (.813) | .248 (.117) |
| Domínio meio ambiente (p) | -.141 (.380) | .172 (.282) | -.038 (.813) | .487* (.001) |

* $p<.05$

2.2.2. Hipótese 2

Prevê-se a existência de uma relação negativa entre a percepção do stress profissional, qualidade de vida e saúde

Da análise da associação entre os domínios da qualidade de vida e a primeira parte do inventário de fatores de *stress* que avalia a percepção do nível de *stress* ocupacional dos indivíduos, não foi apurada nenhuma associação estatisticamente significativa (quadro 13). Assim, não podemos comprovar a segunda hipótese deste estudo.

Quadro 13. Coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre os domínios da qualidade de vida e a percepção de *stress* profissional (N=41)

| | IFS (p) |
|-------------------------------------|----------------|
| Domínio físico (p) | -.073 (.649) |
| Domínio psicológico (p) | -.297 (.059) |
| Domínio relações sociais (p) | -.075 (.640) |
| Domínio meio ambiente (p) | .006 (.969) |

2.2.3. Hipótese 3

Prevê-se a existência de uma relação negativa entre as estratégias de coping adaptativa e a percepção do stress profissional

Da análise da associação entre as estratégias de *coping*, pelo questionário WCQ e IRC, com a percepção de *stress* profissional, não verificamos nenhuma associação estatisticamente significativa (quadro 14). Deste modo, não comprovamos também a segunda hipótese deste estudo.

Quadro 14. Coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre as estratégias de *coping* e a percepção de *stress* profissional (N=41)

| | IFS (p) |
|-----------------------------|----------------|
| Coping geral (p) | -.064 (.692) |
| Coping direto (p) | -.193 (.227) |
| Coping supressão (p) | -.090 (.575) |
| IRC (p) | -.071 (.658) |

2.2.4. Hipótese 4

Prevê-se a existência de uma relação positiva entre o suporte social e as estratégias de coping adaptativa

Da análise da associação entre o suporte social e as estratégias de *coping* utilizadas pelas participantes, não encontramos nenhuma relação entre as mesmas (quadro 15). Desta forma, não podemos afirmar que ter mais ou menos suporte social influencia nas estratégias de *coping* utilizadas e, assim, não comprovamos a hipótese quatro do nosso estudo.

Quadro 15. Coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre o suporte social e as estratégias de *coping* (N=41)

| | Suporte social (p) |
|-----------------------------|--------------------|
| <i>Coping</i> geral (p) | .073 (.649) |
| <i>Coping</i> direto (p) | -.227 (.154) |
| <i>Coping</i> supressão (p) | -.091 (.570) |
| IRC (p) | .099 (.539) |

3. Discussão dos Resultados

De modo a darmos resposta aos objetivos que orientam a nossa investigação, será feita uma discussão dos principais resultados encontrados no nosso estudo, tendo por base a revisão da literatura. Os mesmos serão discutidos pela ordem anteriormente apresentada, de forma a facilitar a sua leitura. Deste modo, serão primeiro discutidos os resultados da estatística descritiva das variáveis em estudo e de seguida as hipóteses.

3.1. Resultados descritivos

Os resultados apresentados anteriormente permitem-nos constatar que as participantes avaliadas não apresentam elevado *stress* laboral e, por sua vez, não apresentam igualmente um elevado número de estratégias de *coping* para lidar com ele. A literatura salienta que existem profissões mais propensas a um elevado nível de *stress*, por estarem mais expostas a *stressores*, principalmente profissões na área da

saúde, como é o caso dos cuidadores formais de idosos institucionalizados (Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010). Porém, este não foi um resultado encontrado no nosso estudo. Contudo, considera-se que outras condições, nomeadamente a desejabilidade social, ou a falta de tempo disponível por parte das profissionais podem ter influenciado os resultados do questionário.

Na análise do tipo de estratégias mais utilizadas pelas cuidadoras, constatamos que estas utilizam mais estratégias diretas e menos de supressão, ou seja, parecem incidir mais de forma racional e centradas no problema do que tentar suprimir os pensamentos relacionados com a situação em análise e inibição da ação. Segundo a revisão da literatura, é importante termos em conta que as estratégias de *coping* utilizadas dependem de um conjunto de fatores, como experiências anteriores, o nível de motivação e de preparação para a profissão, o suporte social, as características individuais e mesmo fatores como o género, estatuto socioeconómico e traços de personalidade (Vaz Serra, 2007). Apesar disso, tendo em conta o tipo de estratégias de *coping* adotado, conseguimos perceber quais as estratégias que poderão ser mais propensas a desencadear *stress*, ou então chegar a *Burnout*, nomeadamente o *coping* centrado na emoção, por haver uma maior tendência a adotar pensamentos de dor e de desejo, enquanto o *coping* centrado no problema, tende a procurar alternativas, como mais informações e suporte social (Elkwall, Sivberg & Hallberg, 2006). Segundo os resultados apurados no nosso estudo, as participantes tenderão a procurar alternativas para a resolução dos problemas/ conflitos.

Relativamente à qualidade de vida das inquiridas, podemos constatar que as mesmas apresentam elevada qualidade de vida em todos os domínios, não podendo afirmar que algum deles sobressaia sobre os restantes. Relativamente à qualidade de vida em cuidadores formais de idosos, a literatura aponta um conjunto de fatores que podem ter uma influência negativa na mesma e, por isso, a qualidade de vida nestes profissionais merece ser foco de estudo. De entre estes fatores podemos destacar a sobrecarga intensa e o mal-estar psíquico, tendo como consequências, a origem de conflitos familiares, a vida social afetada, dificuldades no exercício laboral, perda de autoestima e falta de controlo, acabando por se refletir, na forma como prestam cuidados (Limonero, *et al*, 2004). Todavia, a amostra em estudo parece apresentar elevada qualidade de vida em todos os domínios avaliados.

Para concluirmos, a amostra de cuidadoras de idosos analisada parece não apresentar elevado *stress* laboral e saber lidar com o mesmo utilizando estratégias

diretas, de enfrentamento da situação/ problema. Neste sentido, apresentam igualmente uma elevada qualidade de vida em todos os domínios avaliados.

3.2.Hipótese em estudo

Os resultados apurados da análise das hipóteses demonstram que apenas a primeira hipótese foi comprovada parcialmente, não sendo nenhuma das restantes comprovada.

Assim, na primeira hipótese verificamos associações positivas significativas entre as estratégias de *coping* direto e nos domínios físico e psicológico, que nos indica que quanto mais estratégias ativas e de enfrentamento dos problemas, maior a qualidade de vida destas profissionais. Do mesmo modo, verificamos que quanto mais estratégias utilizam para enfrentar o seu *stress* laboral maior é a sua qualidade de vida em relação ao seu meio ambiente.

Segundo a revisão da literatura, compreendemos que o *coping* surge como uma forma de lidar com o ambiente adverso e *stressante* na relação entre o indivíduo e o meio que o envolve (Folkman & Lazarus, 1988; Schabraq, Winnubst & Cooper, 1996; Delongis & Holtzman, 2005). Ao mesmo tempo, compreendemos que é a partir das estratégias de *coping* mais ou menos adaptáveis e eficazes, que conseguimos melhorar a qualidade de vida e o bem-estar. Segundo Elkman, Sivberg e Hallberg (2006) existem dois tipos de estratégias de *coping* uma delas centrada na emoção e a outra centrada no problema. A primeira tende a modificar o seu significado, visto que não consegue alterar a ameaça, a segunda, por sua vez consiste em definir o problema, na tentativa de o mudar de forma eficaz. As estratégias centradas nas emoções estão subjacentes aos processos cognitivos que são responsáveis pela diminuição do transtorno emocional gerado por uma situação stressante, especialmente através da fuga das sensações desagradáveis. As estratégias de *coping* mais usuais focam-se no problema, como ação instrumental e negociação, em estratégias cognitivas como é o caso de um estabelecimento de um plano de ação, da minimização, podendo enfatizar aspetos como a negociação e resolução do problema. As estratégias centradas na emoção poderão incluir o controlo da sintomatologia, como o relaxamento, o exercício físico, procura de emoções positivas (Vaz Serra, 2007). Tal como referido anteriormente, quando falamos de cuidadores formais de idosos, o *coping* centrado na emoção tende a adotar pensamentos de dor e de desejo, podendo desencadear em *burnout*, ou num

maior *stress* profissional. O *coping* centrado no problema, tende a procurar alternativas, através de mais informações e de suporte social(Elkwall, Sivberg&Hallberg,2006). Assim, compreendemos que o facto de se utilizarem estratégias de *coping* mais direcionadas para a resolução dos problemas aumenta a qualidade de vida, quer a nível psicológico e ambiental, como também ao nível físico com uma notória diminuição do desgaste. Concluimos que os resultados obtidos na primeira hipótese em estudo vão, assim, de encontro aos dados da literatura.

Porém, não observamos nenhuma associação entre a percepção de *stress* e as estratégias de *coping*, entre a percepção de *stress* e a qualidade de vida, e entre as estratégias de *coping* e o suporte social, tal como seria de esperar tendo em conta o enquadramento teórico analisado na primeira parte desta investigação. Compreendemos, de facto, que uma série de fatores, nomeadamente a desejabilidade social e a falta de tempo disponível por parte das cuidadoras, possam ter tido influência nos resultados obtidos e, por isso, passaremos a fazer uma conclusão final desta dissertação e apresentação das limitações do estudo, considerando ser de extrema importância essa reflexão crítica final sobre todo o trabalho realizado.

4. Conclusão, limitações do estudo e implicações futuras

Os resultados obtidos neste estudo são, apenas em parte, concordantes com a literatura. Ao longo desta dissertação tentamos compreender essencialmente a influência das estratégias de *coping* ao nível da percepção de *stress* profissional e da qualidade de vida das cuidadoras formais de idosos institucionalizados. Apesar dos resultados não terem sido cumpridos na sua totalidade, consideramos ter cumprido os objetivos a que nos propusemos.

Assim, as conclusões a retirar desta dissertação prendem-se com a relação entre as estratégias de *coping* ativas e a qualidade de vida das inquiridas. Para além disso, verificamos que a nossa amostra apresenta um baixo nível de *stress* laboral, utiliza mais estratégias ativas e apresenta elevada qualidade de vida em todos os domínios de avaliação.

Ao nível das limitações deste estudo, salientamos a amostra reduzida, o que não nos permite fazer uma generalização dos resultados para esta área de população em geral. Para além disso, esta é uma amostra de conveniência e apenas representativa de

uma determinada região. Acrescenta-se ainda as qualidades psicométricas dos instrumentos em estudo, tendo de ser retirados alguns itens devido à sua baixa correlação com a restante escala e foram mantidos outros que apresentavam uma baixa correlação porém, apesar disso, não influenciavam significativamente o valor de alpha de *Cronbach*. Por fim, outro dos fatores que pode ter limitado a investigação foi o facto de os instrumentos serem de auto-relato e administrados, o que pode ter limitado as respostas das participantes para além da investigação decorrer apenas num único momento.

Estudos futuros devem incidir cada vez mais sobre a análise da qualidade de vida nestes profissionais, sobre o *stress* laboral e nas estratégias utilizadas para o combate do mesmo, de forma a conseguirmos desenvolver programas de intervenção cada vez mais eficazes e direccionados, de forma a promover uma melhor qualidade de vida e bem-estar nos profissionais de saúde, nomeadamente os cuidadores de idosos.

5. Referências Bibliográficas:

- Adams, R., Boscarino J. & Figley, C. (2006). Compassion fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A validation Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 1, (103-108).
- Allvin, M, Aronsson, G, Hägström, T, Johansson, G. & Lundberg, U. (2011). *Work without Boundaries: Psychological Perspectives on the New Working Life*. Singapore: China: Wiley- Blackwell.
- Akbarizadeh, F., Jahanpour, F. & Hajvandi, A. (2013). The Relationship of General Health, Hardiness and spiritual intelligence relationship in Iranian Nurses. *Iran Journal Psychiatry*, 8(4), 165-167.
- Antolín, E. & Llorente, M. (2000). Factores que inciden en la Actuación Profesional con Personas Mayores. *Papeles de Psicólogo*, 76 (9-12).
- Antonovsky, A. (1993) The structure and properties of the sense coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Azevedo L., Loureiro, C., Pereira, J. & Cunha, M. (2010). Vulnerabilidade ao stress, Desordens Emocionais, Qualidade de Vida e Bem-Estar em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório. *Actas de VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro.
- Bahreini, M., Moattari, M. Shamat, S., Dobaradaran, S. & Ravanipour, M (2013). Improvement of Iranian nurses competence through professional portfolio: A quasi-experimental study. *Nursing and Health Sciences*, 15, 51-57.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of control*. W. H. Freeman and Company: New York: USA.
- Barbosa, A, Figueiredo, D., Sousa, L. & Demain, S. (2011). Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging & Mental Health*, 15(4), 190-499.
- Beehr, T. & Glazer, S. (2005). Organizational role Stress. In Barling, J., Kelloway, E. & Frone, M. *Handbook of Work Stress*. (pp.7-33). California: USA: Sage Editions.
- Bellavia, G. & Frone, M. (2005). Work-Family Conflict. In Barling, J., Kelloway, E. & Frone, M. *Handbook of Work Stress*. (pp:113-148). California: USA: Sage Editions.

- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Portugal: Climepsi Editores.
- Berry. L.(1998). *Psychology at Work: An Introductory to Industrial and Organizational Psychology*.(2ªEd). California: USA: McGraw.Hill International Editors.
- Birren, J. & Shroots I. (2001) History of Geropsychology. In Birren, J. & Schaie, K. *Handbook of the Psychology of Aging*.(pp. 3-28). California: USA:Sage Editions.
- Borgess, L. Irvine, F. & Wallymahmed, A. (2010). Personality, Stress and Coping in intensive care nurses: A descriptive exploratory study. *British Association of critical care nurses in critical care*, 15 (3), 129-140.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Serra, A. V., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Gameiro, S., Paredes, T. & Carona, C. (2007).WHOQOL-Bref Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & Almeida, L. S. (Coord.) *Avaliação Psicológica: Instrumentos válidos para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto.
- Carvalho. V., Calvo, B., Martín, L., Campos, F.& Castillo, I. (2006). Resiliencia y el modelo *Burnout- Engagement* en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, (4), 791-796.
- Cocco, E, Gatti, M., Mendonça-Lima, A & Camus, V. (2003). A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and cute geriatric wards.*International Journal of Geriatric psychiatry* 18 78-85.
- Cohen-Mansfield, J. (1995). Stress in nursing home staff: a review and a theoretical model. *Journal ofApplied Gerontology*, 14 (4), 444-466.
- Colff, J.,& Roffman, S.(2009). Occupational Stress, Sense of Coherence, Coping, Burnout and Work Engagement of Registred Nurses in South Africa.*Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir Bedryfsielkunde*,35(1),(1-10).
- Colomé, I., Marqui, A.,Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winki, M. & Nora, T. (2011).Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores.*Revista. Eletrónica.Enfermeira* 13 (2) 306-12.
- Cooper, C. (1998). *Theories of Organizational Stress*. New York: USA: Oxford University Press.

- Costa, M. (2002). *Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos enfermeiros*. FORMASAU- Formação e Saúde, Lda, Coimbra, Portugal.
- DeLongis, A. & Holtzman, S.(2005). *Coping* in context: the role of *Stress*, Social Support, and Personality in *coping*.*Journal of Personality*, 73:6,(1-25).
- Desmarais, S. & Aksnis, C. (2005).Gender issues. In Barling, J., Kelloway, E. & Frone, M. *Handbook of Work Stress*. (pp.455-486). California: USA: Sage Editions.
- Doest, L., Maes, S., Gebhardt, W. & Koelewijn, H.(2006). Personal goal facilitation through work: Implications for Employee satisfaction and well-being. *Applied Psychology: An international review*, 55(22),192-219.
- Dougall, A & Baum, A. (2001).Stress, Health and Illness.In Baum, A., Revenson, T. & Singer, J. *Handbook of Health Psychology*. (pp. 321-337) Malwah, New Jersey: USA:Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Dunahoo C., Geller, P. &Hobfoll (1996).Women's Coping: Communal versus Individualistic Orientation.In Shabracq, M, Cooper C.& Winnubst, J. *Handbook of Work and Health Psychology*.(pp, 183-204). England: UK:Wiley Editorial.
- Edelman, C., & Mandle, C. (2006).*Health promotion: Throughout the Life Span*. Missouri, United States of America. Elsevier Mosby.
- Elkman A. K., Sinveberg, B. & Hallberg, I.R. (2006).Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life.*Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 584–596.
- Evans, G. (2001). Environmental Stress and Health. In Baum, A., Revenson, T. & Singer, J. *Handbook of Health Psychology*.(pp. 365-385). Malwah, New Jersey: USA: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Ferreira, P. & Santana, P. (2003).Percepção do estado de saúde e de Qualidade de Vida da população activa: Contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol 21(2),11-30.
- Ferreira, M. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Educação. Bragança, Portugal.
- Figueiredo, D. & Sousa.L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Saúde nos idosos*,26 (1), 15- 22.
- Finnema, E., Droes, R. Ettema, T, Ooms, M., Adèr, H. & Ribbe, M. et al (2005). The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons

- with dementia in the nursing home and on nursing assistants: A randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 330-343.
- Fleck, M (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciências & Saúde colectiva*, 5 (1) 33-38.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988a). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988b). Manual for the Questionnaire /«(research edition). California: Consulting Psychologists Press.
- Gibbs, N., Fitzpatrick, L., Ford, A., & Van dyk, D. (2009). What woman want now?. *Time*, 174(16), p. 26-31.
- Gomes, A. Faria, S. & Gonçalves, A. (2013). Cognitive appraisal as a mediator in the relationship between stress and burnout. *Work & Stress*, 27 (4), 351-367.
- Gomez, J. (2010). *Impacto de um programa de relaxamento na percepção do Stress nos cuidadores formais de um Lar do concelho de Águeda*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia de Saúde, Porto, Portugal.
- Gómez M, Dodino C, Aponte C, Caycedo C, Riveros M, Martinez M,(2005) Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial em personal de enfermería. *Univ Psychol Bogotá*. 4(1):63-75.
- Gonçalves, C. (2012). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Consultado em 4 de Novembro 2012 em (http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0623).
- Gonçalves, M. (2013). Influência do empenhamento organizacional nas intenções de *turnover* e na satisfação com o trabalho dos agentes de geriatria. Tese de Mestrado. Escola de Economia e de Gestão. Universidade do Minho. Braga. Portugal.
- Howard, S., y Johnson, B. (2004). Resilient teachers: Resisting stress and burnout. *Social Psychology of Education*, 7(4), 399-420.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Projeções da população residente em Portugal: 2008-2060. Acedido a 17 de Outubro de 2013. [http:// www.ine.pt](http://www.ine.pt).
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision attitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

- Kramer, M, Schmalenberg, L., Maguire, P., Brewer, B, Burke, R & Chimielewski, L. et al (2008). Structures and Practices Enabling Staff Nurses to control their practice. *Western Journal of Nursing Research*, 30,5 539-559.
- Kobasa, S. (1988). Conceptualization and measurement of personality in job stress research. In Hurrell Jr, J, Murphy, L. Sauter, & C. Cooper (Eds), *Occupational stress: Issues and development in research* (pp: 100-109) New York: USA: Taylor & Francis.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: USA: Oxford University Press.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: USA: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and Research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Leiter, M & Maslach, C. (2001). Burnout and Health. In Baum, A., Revenson, T. & Singer, J. *Handbook of Health Psychology*. (pp. 415-426). Mahwah, New Jersey: USA: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Leventhal, H. & Rabin, C., Leventhal, E. & Burns, E. (2001). Health Risk Behaviors and Aging. In Birren, J. & Schaie, K. *Handbook of the Psychology of Aging*. (pp. 188-214). California: USA: Academic Press.
- Li, J. & Lambert, V. (2008). Workplace stressors, Coping, Demographics and Job Satisfaction in Chinese intensive care nurses. *British Association of critical care*. 13(1) 12-24.
- Limonero, J., Sábado, J., Castro, J., Benito J. (2004). Influencia de La Inteligencia Emocional Percibida en el Estrés Laboral de Enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 29-41.
- Llobet, M. Lanut, M, Mateu, P & Ávila, N. (2010). Calidad de Vida y Necesidades de Formación de las cuidadoras formales de personas, mayores dependientes institucionalizadas. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería*, 19 (1-6).
- Lomranz, J. & Bar-Tur, L. (1998). Nursing Home Care and Interventions. In Bellack, A & Hersen, M. *Comprehensive Clinical Psychology: Volume 7: Clinical Geropsychology*. (pp: 477-497). Exeter: UK: Elsevier Science Ltd.
- Loureiro, E. McIntyre, T., Mota-Cardoso, R & Ferreira, M. (2008). The relationship between stress and life-style of students at the Faculty of Medicine of Oporto. *Acta Méd Port*. 21(3), 209-214.

- Maas, H. & Spinath, F. (2012). Personality and Coping with professional demands: A Behavioral Genetics Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(3), 376-385.
- Martin, I. & Brandão, P. (2012). Políticas para a terceira idade. In Paúl, C. & Pais Ribeiro J. *Aspetos biocomportamental, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa-Porto: Portugal: Lidel.
- Maslow, A. (1991). *Motivacion y Personalidad*. (3ª Ed): Madrid: España: Ediciones Diaz de Santos, S.A.
- Maslach, C. & Leiter, M (1997). *The truth about Burnout*. San Francisco: USA: Jossey-Bass Inc Publishers.
- McIntyre, T. & McIntyre, S. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3(7), 513-527.
- McIntyre, T., McIntyre, S. & Redondo, R. (1999). Questionário Geral de Saúde. (In Portuguese: General Health Questionnaire). Braga
- Mendes, C. (2011). O impacto do Stress ocupacional e do conflito trabalho-família nas respostas de stress e saúde sexual nas enfermeiras. Tese de Doutoramento. Escola de Psicologia: Universidade do Minho. Braga: Portugal.
- Ministério do trabalho e Solidariedade social (2001). Plano Avó. Lisboa, Portugal: Ministério da Economia. Instituto Português da Qualidade
- Moody, H. (1998). *Aging: Concepts & Controversies*. California: USA: Pine Forge Press.
- Moody, H. (2010). *Aging: Concepts & Controversies*. (6ª ed) California: USA: Pine Forge Press.
- Moral, J., Ruiz, L., Rodriguez, T. & Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25/3 319-323.
- Moreno, B, Rodriguez, A., Hernandez, E. & Blanco, L. (2014). Development and validation of Occupational Hardiness questionnaire. *Psicothema*, 26(2), 207-214.
- Muchinsky, P. (1999). *Psychology Applied to Work*. (5ª Ed). California: Wadsworth
- Muchinsky, P. (2000). *Psychology Applied to Work*. (5ª Ed). California: Wadsworth.
- Munari, D., Costa, H., Cardoso, A. & Almeida, C. (2003). Característica da Competência interpessoal do enfermeiro: estudos com graduandos de enfermagem. *Redaylic.Org: Brasil*

- Nelson, D., Quick, J. & Simmons, B (2001). Preventive Management of Work Stress: Current themes and future challenges. In Baum, A., Revenson, T. & Singer, J. *Handbook of Health Psychology*. (pp. 349-363). Mahwah, New Jersey: USA: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pacheco, J. (2005). *Burnout e estilos de vida em Profissionais de Saúde*. Tese de Mestrado. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências e Humanas. Faro, Portugal.
- Pais Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia Clínica e da Saúde*. (1º ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Portugal: Climepsi Editores.
- Paúl, C.(2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C & Fonseca, A *Envelhecer em Portugal*. (pp.21-41).Lisboa: Portugal: Climepsi Editora.
- Pereira, M & Carvalho, H. (2012). Qualidade de vida, Sobrecarga, Suporte social, Ajustamento conjugal e Morbilidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em psicologia*, 20 (2), 369-383.
- Probst, T. (2005). Economic Stressors. In Barling, J., Kelloway, E. & Frone, M. *Handbook of Work Stress*. (pp.267-297). California: USA: Sage Editions.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1.
- Salanova, M., Llorens, S., Acosta, H., Torrente, P., (2013). Positive interventions in Positive Organization. *Terapia Psicológica*, Vol 31(1), 101-113.
- Sanchez- Sosa, J & Rangel, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicología. In Caballo, V. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. (pp. 473-492). Madrid: España: Psicología Pirâmide.
- Santos, D. (2011) *Burnout e Estratégias de Coping e Qualidade de Vida nos Profissionais de Saúde*. Tese de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Filosofia, Braga, Portugal.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa-Porto: Edições tenácitas.

- Silva, A., Souza, J., Borges, F. & Ficher, F. (2010). Qualidade de Vida associada à saúde e condições de trabalho entre os profissionais de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, 44(4)718-25.
- Shabracq, M, Cooper C. & Winnubst, J. (1996). Work and Health Psychology: Towards a Theoretical Framework. In Shabracq, M, Cooper C. & Winnubst, J. *Handbook of Work and Health Psychology*. (pp 3-29). England: UK: Wiley Editorial.
- Shapiro, S., Biegel, G. & Brown, K. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of Mindfulness- Based Stress reduction on the Mental Health of Therapists in training. *Training an Education in Professional Psychology*, 1/2, 105-115.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Spector, P. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. California: USA: Thousand Oaks.
- Torrão, E (2010). *O Bem-Estar subjectivo das ajudantes de Lar*. Tese de Mestrado. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Faro, Algarve.
- Totterdell, P. (2005). Work Schedules. In Barling, J., Kelloway, E. & Frone, M. *Handbook of Work Stress*. (pp. 35-63). California: USA: Sage Editions.
- Van Dusseldorp, L., Van Meijel, B. & Derkssen, J. (2010). Emotional intelligence of mental health nurse. *Journal of clinical Nursing*, 20, 555-562.
- Vaz, A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos residentes em lares do distrito de Bragança*. Tese de Mestrado. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto: Portugal.
- Vaz-Serra, A., (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Portugal: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Vaz Serra, A. (2010). Qualidade de vida e saúde. In Canavarro, M. & Vaz Serra A. *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. (pp. 23-53). Lisboa: Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, C., Simões, R., & et al. (2006). Estudo psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 27(2), 31-40.

- Wahl, H. (2001). Environmental Influences on Aging and Behavior. In Birren, J. & Schaie, K. *Handbook of the Psychology of Aging*. (pp. 215-237). California: USA: Academic Press.
- Warr, P. (2005). Work, Well-being, and Mental Health. In Barling, J., Kelloway, E. & Frone, M. *Handbook of Work Stress*. (pp. 547-573). California: USA: Sage Editions.
- World Health Organization. (1994). *Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography*. Geneva: WHO (WHO/MNH/PSF/94.1).
- World Health Organization (2002). *User Manual Scoring and Coding for the WHOQOL-HIV instruments*. Geneva. World Health Organization. WHO/MSD/ME 021.
- Ya-Lin, C, Li-Ling, H & Suh-Ing (2012). Clinical Nurse preceptor teaching competencies: Relationship to Locus of Control and self-directed learning. *Journal of Nursing Research*, 20 (2), 142-151.
- Zarit, S. (2005). Caregiving Revisited: Old and New perspectives on families assisting Elders. M. Powell Lawton Award Lecture Gerontological Society of America. Orlando, Florida, United State of America.
- Zarit, S., Johanson, L. & Jarrott, S. (1998). Family caregiving: Stresses, Social Programs, and Clinical interventions. In Nordhus, I., Vandenbos, G., Berg, S., Fromholt, P. *Clinical Geropsychology* (pp.345-360). Washington, DC. American Psychological Association

Anexos

1- Consentimento Informado

No âmbito de uma investigação sobre A Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, Estratégias de *Coping*, Percepção da Sobrecarga em cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados desenvolvida no contexto de Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em Braga, venho pedir a sua colaboração. Para tal, peço que preencha os questionários que lhe serão fornecidos. Inicialmente deverá preencher o questionário sociodemográfico que permitirá fazer uma caracterização pessoal.

Depois deverá preencher o Escala de Sobrecarga do Cuidador (CASI), Escala de Avaliação das estratégias de *coping* do cuidador CAMI- bref, o Questionário da Qualidade De Vida na Saúde- WHOQOL- BREF Este estudo é realizado com fins estritamente académicos e científicos, sendo o anonimato e a confidencialidade dos dados absolutamente garantidos. Se decidir colaborar no nosso estudo deverá indicá-lo explicitamente na declaração que se segue. Reconhecidamente, agradecemos a sua disponibilidade e preciosa colaboração

(assinatura)

2- Questionário Sociodemográfico

Data: __/__/__

Género:

Masculino ☐

Feminino ☐

Idade _

Estado Civil

Solteiro (a) ☐

Casado (a) ☐

Divorciado (a) ☐

Víuvo (a) ☐

Grau de instrução/ Escolaridade

Analfabeto (a) ☐

Saber ler e escrever ☐

4º classe ☐

Ciclo Preparatório ☐

Secundário ☐

Ensino Superior ☐

Tem filhos? Sim ☐ Não ☐ Dependentes ☐

Tempo de serviço na Instituição _____

Quantas horas semanais trabalha no lar _____

Trabalha em mais um lar? Sim ☐ Não ☐

Se sim, em qual _____

Considera a sua situação profissional

Estável ☐

Instável ☐

Como é o seu suporte social?

Fraco ☐

Instável ☐

Suficiente ☐

Importante ☐

3- LISTA DE FONTES DE STRESS E RECURSOS DE COPING

McIntyre&McIntyre, 1995

1. Por ordem decrescente (1 a 24, 1 sendo 1 a mais stressante), indique quais as principais fontes de stress no exercício da sua profissão.
2. Para cada um das fontes de stress abaixo apontadas, indique numa escala de 1 a 5 a intensidade dessa fonte de stress profissional nas últimas quatro semanas. No caso de alguma fonte de stress não se aplicar à sua situação profissional assinale Não se Aplica (NA).

| (17) FONTES DE STRESS PROFISSIONAL | (18) INTENSIDADE | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|----|
| | 1 Muito Pouco Stress | 2 Pouco Stress | 3 Stress Médio | 4 Muito Stress | 5 Stress Extremo | NA |
| ____ Más condições físicas e tecnológicas | | | | | | |
| ____ Carência de recursos humanos, materiais, e técnicos | | | | | | |
| ____ Lidar com a morte | | | | | | |
| ____ Estado clínico dos doentes | | | | | | |
| ____ Sobrecarga de trabalho | | | | | | |
| ____ Conflitos interpessoais no trabalho | | | | | | |
| ____ Ambiguidade de papeis | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| ___ Excessivo número de doentes por profissional | | | | | | |
| ___ Desumanização do tratamento e atendimento | | | | | | |
| ___ Falta de privacidade | | | | | | |
| ___ Exigências hierárquicas | | | | | | |
| ___ Responsabilidade pelo doente e sua família | | | | | | |
| ___ Incapacidade de responder às exigências dos pacientes | | | | | | |
| ___ Rotina do trabalho | | | | | | |
| ___ Incerteza e limites do conhecimento médico | | | | | | |
| ___ Riscos para a saúde (contágio, etc.) | | | | | | |
| ___ Falta de autonomia | | | | | | |
| ___ Falta de oportunidades de promoção | | | | | | |
| ___ Salário baixo | | | | | | |
| ___ Elaboração dos horários | | | | | | |
| ___ Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais | | | | | | |
| ___ Serviço noturno | | | | | | |
| ___ Demasiadas exigências do utente e/ou familiares | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| deste | | | | | | |
| ____ Pouca informação dos utentes sobre os serviços | | | | | | |
| Indique outras----- | | | | | | |

W.C.Q.

(Coyne, Aldwin&Lazarus, 1981)

Adaptado por McIntyre, McIntyre& Redondo, 1999.

Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____

Como é que **geralmente** lida com experiências que lhe provocam stress?

Leia a seguinte lista de itens. Se, quando está sob stress, usa alguma das estratégias referidas abaixo, por favor assinale esse item.

Só assinale as estratégias que **realmente** usa.

ITEMS

1. Falei com alguém que podia fazer de algo de concreto relativamente ao problema. _____
2. Procurei ajuda profissional e fiz o que me recomendaram. _____
3. Pedi conselho a alguém que respeitava e segui-o. _____
4. Fiz um plano de acção e segui-o. _____
5. Apenas me concentrei no que tinha de fazer a seguir. _____

6. Marquei a minha posição e lutei por aquilo que queria. _____
7. Concentrei-me nalguma coisa boa que pudesse resultar de toda a situação. _____
8. Mudei alguma coisa para que as coisas terminassem bem. _____
9. Sabia o que tinha de ser feito, pelo que redobrei os meus esforços e tentei ainda mais fazer com que as coisas resultassem. _____
10. Limitei-me a lidar com coisasuma de cada vez. _____
11. Desejei ser uma pessoa mais forte – mais optimista e vigorosa. _____
12. Desejei que a situação desaparecesse ou acabasse. _____
13. Desejei ter podido mudar o que tinha acontecido. _____
14. Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, tomando medicamentos, etc. _____
15. Esperei que acontecesse um pequeno milagre. _____
16. Senti-me mal por não conseguir evitar o problema. _____
17. Imaginei ou sonhei acordado(a) com um local ou um tempo melhor do que aquele em que estava. _____
18. Desejei poder mudar a maneira como me sentia. _____
19. Fantasiei ou sonhei com a forma como as coisas se poderiam desenrolar. _____

20. Culpabilizei-me. _____
21. Descarreguei em cima dos outros. _____
22. Tentei esquecer tudo. _____
23. Não deixei que isso me afectasse: recusei-me a pensar demasiado no assunto. _____
24. Fiz pouco caso da situação: recusei-me a pensar muito seriamente no assunto. _____
25. Continuei como se nada tivesse acontecido. _____
26. Aceitei uma segunda escolha em relação ao que queria. _____
27. Senti que o tempo faria a diferença e que a melhor coisa a fazer era esperar. _____
28. Tentei não agir precipitadamente ou seguir o meu primeiro palpite. _____
29. Acomodei-me ao meu destino: às vezes tem-se apenas azar / má sorte. _____
30. Falei com alguém para saber mais acerca da situação. _____
31. Encontrei alguma maneira de expressar os meus sentimentos / emoções. _____
32. Falei com alguém sobre como me estava a sentir. _____
33. Revi o problema na minha cabeça, vez após vez, para o tentar compreender. _____
34. Aceitei a compreensão e a solidariedade de outra pessoa. _____

35. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas seriam diferentes da próxima vez. _____
36. Tentei fazer as pazes com a outra pessoa pelas coisas más que tinham acontecido. _____
37. Disse a mim próprio(a) coisas que me ajudaram a sentir melhor. _____
38. Esperei para ver o que acontecia. _____
39. Pensei em coisas fantásticas ou irreais que me fizeram sentir melhor. _____
40. Tentei não fazer algo que depois não pudesse ser remediado. _____
41. Redescobri o que é importante na vida. _____
42. Cheguei a algumas soluções diferentes para o problema. _____
43. Critiquei-me ou censurei-me. _____
44. Voltei-me para o trabalho ou para uma actividade alternativa para desviar a minha mente das coisas. _____

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

| | Equações para calcular a pontuação dos domínios | Resultados | Resultados transformados | |
|------------------|--|------------|--------------------------|-------|
| | | | 4-20 | 0-100 |
| Domínio 1 | $(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$ | | | |
| Domínio 2 | $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$ | | | |
| Domínio 3 | $Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$ | | | |
| Domínio 4 | $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$ | | | |

DADOS PESSOAIS

| | | | | | | |
|-------------|---------------------|----------------------|----------------------|-----------|---------------------------|--|
| A1 | Idade | <input type="text"/> | anos | A2 | Data de Nascimento | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| A3 | Sexo | <input type="text"/> | Masculino | A4 | Escolaridade | Não sabe ler nem escrever |
| | | <input type="text"/> | Feminino | | | Sabe ler e/ou escrever |
| A5 | Profissão | <input type="text"/> | | | | |
| A6.1 | Freguesia | <input type="text"/> | | | | |
| A6.2 | Concelho | <input type="text"/> | | | | |
| A6.3 | Distrito | <input type="text"/> | | | | |
| A7 | Estado Civil | Solteiro(a) | <input type="text"/> | | | |
| | | Casado(a) | <input type="text"/> | | | |
| | | União de facto | <input type="text"/> | | | |
| | | Separado(a) | <input type="text"/> | | | |
| | | Divorciado(a) | <input type="text"/> | | | |
| | | Viúvo(a) | <input type="text"/> | | | |

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

| | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|--|------|-------|---------------|----------|---------------|
| Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

| | | Muito Má | Má | Nem Boa Nem Má | Boa | Muito Boa |
|---------------|--------------------------------------|----------|----|-------------------|-----|-----------|
| 1 (G1) | Como avalia a sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|---------------|---|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|
| 2 (G4) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nada | Pouco | Nem muito nem pouco | Muito | Muitíssimo |
|------------------|---|------|-------|------------------------|-------|------------|
| 3 (F1.4) | Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 (F11.3) | Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 (F4.1) | Até que ponto gosta da vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 (F24.2) | Em que medida sente que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 (F5.3) | Até que ponto se consegue concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 (F16.1) | Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 (F22.1) | Em que medida é saudável o seu ambiente físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|------------|---|------|-------|---------------|----------|---------------|
| 10 (F2.1) | Tem energia suficiente para a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 (F7.1) | É capaz de aceitar a sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 (F18.1) | Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 (F20.1) | Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 (F21.1) | Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Má | Má | Nem boa nem má | Boa | Muito Boa |
|-----------|---|----------|----|----------------|-----|-----------|
| 15 (F9.1) | Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|------------|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16 (F3.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 (F10.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 (F12.4) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 (F6.3) | Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 (F13.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 (F15.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 (F14.4) | Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 (F17.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 (F19.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 (F23.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Frequentemente | Sempre |
|-----------|--|-------|--------------|---------------|----------------|--------|
| 26 (F8.1) | Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |